PENSAR JUNTO/ FAZER COM

saúde mental na pandemia de covid-19

[organizadoras]

Mônica Lima
Denise Coutinho
Vania Bustamante
Suely Aires
Rafael Patiño

EDUFBA

PENSAR JUNTO/ FAZER COM

saúde mental na pandemia de covid-19

Mônica Lima
Denise Coutinho
Vania Bustamante
Suely Aires
Rafael Patiño
Organizadoras

PENSAR JUNTO/ FAZER COM

saúde mental na pandemia de covid-19

Salvador
Edufba
2021

Grafia atualizada conforme o Acordo Ortográfico da Língua Portuguesa de 1990, em vigor no Brasil desde 2009.

COORDENAÇÃO EDITORIAL
Susane Santos Barros

COORDENAÇÃO GRÁFICA
Edson Nascimento Sales

COORDENAÇÃO DE PRODUÇÃO
Gabriela Nascimento

REVISÃO E NORMALIZAÇÃO
Bárbara Jennifer
Ugo Almeida
Tikinet edição LTDA.

PROJETO GRÁFICO (CAPA)
Diego Almeida

PROJETO GRÁFICO (MIOLO)
Vânia Vidal

ILUSTRAÇÕES DE CAPA E MIOLO
Mônica Lima (Molije)

SISTEMA DE BIBLIOTECAS – UFBA

Pensar junto/fazer com: saúde mental na pandemia de covid-19 / organizadores
Mônica Lima... [et al.]. – Salvador : EDUFBA, 2021.
506 p.

ISBN: 978-65-5630-280-5

1. Saúde mental. 2. covid-19 (Disease). 3. Pandemia. I. Lima, Mônica.

CDD – 616.84

Elaborada por Jamilli Quaresma | CRB-5: BA-001608

Editora afiliada à

Editora da UFBA
Rua Barão de Jeremoabo, s/n – Campus de Ondina
40170-115 – Salvador – Bahia | Tel.: +55 71 3283-6164
www.edufba.ufba.br | edufba@ufba.br

Para Marcus Vinícius da Silva Oliveira
(em sua memória) e Edna Amado.

Tempo sem sol para Bertold Brecht[1]

MARCUS VINÍCIUS MATRAGA

Foi um tempo de crise,
foi um tempo sem sol,
foi um tempo sem dó.
Quem o viveu é que pode saber.
Os gestos bons se tomaram escassos.
As palavras congeladas nas bocas.
Fúria e confusão rodopiavam as mentes.
A desconfiança instaurou-se como regime dos homens.
As crianças mudas, caladas, estampavam nos olhos, pavor.
Muitos tiveram desejos de morrer,
outros tantos morreram.
Quantos pelos caminhos caídos
amontoados como restos usados
que não têm mais valor.
As cinzas cobriram as árvores,
nem lembrança das flores restou.
O medo profundo, corroeu um resto de humanidade
que teimava em ficar,
toda memória de calor, de afeto ou ternura
dissolveu-se num vapor frio, pegajoso e úmido
que a tudo e a todos uniu,
num cemitério geral.
Foi um tempo de crise.
Foi um tempo sem sol.
Sem sol, sem esperança e sem dó

---

1 "Tempo sem sol", poema de Marcus Vinicius de Oliveira Silva (Marcus Matraga), disponível no Memorial em sua homenagem: https://www.memorialmatraga.com.br/tempo-sem-sol-para-bertold-brecht/.

SUMÁRIO

PREFÁCIO
Notas sobre a pandemia

O convite para escrever este prefácio é honroso, porém desafiante. Cada uma das seções desta coletânea focaliza temas cruciais para a problemática da saúde: a questão da saúde mental, modos de vida e cotidianidade, formas participativas de produção de conhecimento, estratégias de mobilização para transformação, desigualdades e seus efeitos, vulnerabilidade social. Pensei inicialmente que poderia contribuir com uma discussão sobre a saúde mental a partir de uma perspectiva socioepidemiológica. Falaria principalmente das iniquidades e suas interseccionalidades ou interações (que é o termo que há cinco décadas usamos na epidemiologia). Depois, a partir de uma experiência como gestor institucional, achei que poderia problematizar a noção de extensão universitária. Poderia talvez falar da impropriedade conceitual, da impertinência metodológica e da armadilha política da ideia de extensão na universidade brasileira, ainda elitista, eurocêntrica e autocentrada, o inverso da ecologia de saberes.

Entretanto, verifico que os textos desta coletânea têm a pandemia da covid-19 como tema, problema, contexto e pano de fundo. Creio que, aproveitando a trajetória docente e o esforço de reflexão sobre o campo da saúde coletiva, particularmente na área da epidemiologia, minha contribuição poderia ser mais pertinente sobre uma questão específica: Afinal, uma pandemia, do que se trata? E quais seriam seus desdobramentos sobre o Sistema Único de Saúde (SUS), esse patrimônio de política pública da sociedade brasileira? O que significa atuar numa escala societal,

principalmente a partir da esfera institucional na qual opera a universidade, para reduzir efeitos sociais imediatos da covid-19?

Epidemias, endemias e pandemias, do ponto de vista científico e técnico, constituem fenômenos de grande complexidade. Uma pandemia é formada por distintos objetos de conhecimento, processos de determinação e diversas possibilidades ou modos de intervenção, em muitas e várias dimensões – biológica, clínica, epidemiológica, ecossocial, tecnológica, econômica, política, simbólica – e suas respectivas interfaces. Como qualquer doença, expressa interações biológicas, culturais, sociais e ambientais. Na pandemia da covid-19 observamos ocorrências simultâneas em vários planos de realidade: microestrutural, que trata das reações moleculares e celulares; microssistêmico, ligando metabolismo e tecido; subindividual, processos que ocorrem nos órgãos ou sistemas do corpo; individual, sintetizado na expressão "caso clínico", para designar pessoas atingidas por uma doença; o nível epidemiológico, que abarca populações sob risco de alguma doença; o ecossocial, que examina eventuais alterações ambientais ligadas à emergência de novas ou velhas doenças; e o plano simbólico que atinge e é atingido por aspectos políticos e sociais.

Escrevi um ensaio recente justamente sobre esse tema. (ALMEIDA FILHO, 2020) Nesse texto, argumento que a pandemia do novo coronavírus não se reduz a um patógeno que repentinamente se tornou capaz de ameaçar a saúde humana, o Sars-CoV-2. Nem se trata de um conjunto de sinais e sintomas inicialmente desconhecidos de uma nova entidade mórbida batizada de covid-19. Nem uma série de indicadores epidemiológicos e curvas epidêmicas, nem um processo dinâmico de disseminação e contágio. Nem mesmo é uma grande narrativa arbitrária, uma "infodemia" de *fake news*, mitos e mentiras, junto com o medo/pânico que tudo isso provoca, nem se refere às crises econômicas, políticas e psicossociais dela decorrentes ou a ela associadas.

Uma pandemia é um evento singular e complexo, como furacões, tsunamis e guerras, e que altera não só corpos humanos, mas também o tecido social, relações econômicas, meios de comunicação, a política. Não se pode dizer numa pandemia que "isto causa aquilo", porque nos sistemas complexos tudo está integrado. Nenhuma dimensão de análise, isoladamente, vai dar conta do todo. Não se pode descrever a pandemia apenas pelo vírus ou pelos sinais clínicos da covid-19. Para a compreensão de um fenômeno como esse, com tantas interfaces, e tão mutantes, é necessário construir uma concepção holística.

A pandemia compreende um complexo de fenômenos e processos múltiplos, com grande diversidade, articulados a numerosos elementos, objeto de distintos enfoques. Teorias da complexidade certamente podem contribuir para a compreensão não só

da pandemia e suas complicações, mas para o desenvolvimento conceitual de todo o campo da saúde. Numa perspectiva da complexidade, a saúde deve ser pensada de maneira integral, articulada, para além dos marcos institucionais e doutrinários do campo restrito da saúde, mas pensando sempre como as diversas dimensões da vida (política, economia, ambiental, ocupacional, cultural, da mobilidade etc.) se encontram e se realizam interconectadas, articuladas, acopladas estruturalmente. Para um problema complexo, enfim, não há soluções simplificadoras.

Em cada lugar, a pandemia tem comportamentos diferentes, porque as sociedades, as realidades e as reações institucionais são diferentes. Tudo isso deveria ser considerado nas formas de enfrentamento. Uma pandemia exige novas formas de pensar e agir. Porque, por ser um evento crítico, impõe a necessidade de um pensamento integrador, inter e transdisciplinar. Para ser efetivo, o enfrentamento da nova coronavirose tem que ser multidimensional, interdisciplinar, intersetorial, interprofissional. As medidas de controle são necessariamente atravessadas por valores e se definem por essa perspectiva totalizante e complexa.

O Plano Nacional de Enfrentamento da Pandemia da covid-19 foi uma iniciativa de entidades e movimentos sociais que atuam na área da saúde e que foram participantes da Frente pela Vida. (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA, 2020) Preocupados com a lamentável e grave omissão do governo federal, essas entidades apresentaram à sociedade um plano de ação bastante abrangente e completo. Trata-se de um documento de planejamento participativo, definido por uma abordagem solidária e prática, aberto a contribuições e soluções a serem construídas, sempre coletivamente. O Conselho Nacional de Saúde logo acolheu a proposta e muito contribuiu para sua versão final, que foi apresentada às comissões do Congresso Nacional, ao Ministério da Saúde e a outras instâncias do SUS. O Congresso realizou audiências públicas, organizações sindicais e movimentos sociais seguiram discutindo o plano, mas infelizmente o Ministério da Saúde até hoje não deu retorno.

O Brasil vai entrar para a história como um dos países que lidou com o problema pandemia da covid-19 da pior maneira possível. Há negacionismos, redundância de medidas, conflitos desnecessários, sabotagens e muita corrupção. Num primeiro momento, ainda no início de fevereiro de 2020, as autoridades estabeleceram um comitê de operações de emergência. Porém, convocaram apenas especialistas de pesquisa biológica ou clínica, embora quem tenha conhecimento sobre estratégias para enfrentar epidemias são epidemiologistas e sanitaristas. Esses profissionais até agora não foram ouvidos ou participam pontualmente das decisões. Perdemos a chance de controlar a epidemia antes que se espalhasse, como fez a

China, ao bloquear e controlar a epidemia dentro de cada província. A Coreia do Sul e o Japão implantaram sistemas de vigilância epidemiológica muito eficientes, usando uma lógica simples, dominada há séculos: identificar precocemente os casos, mapear seus contatos e isolar todos. Negligenciar medidas de isolamento e quarentena é uma forma de aplicar a ideia de "imunidade de rebanho", expressão infeliz e muito criticada no campo epidemiológico até pela desumanidade explícita. Assim, as incompetentes autoridades sanitárias terminam promovendo maior discriminação e seletividade social, buscando atingir a imunidade coletiva pelo sacrifício das pessoas velhas, pobres e negras, que afinal sempre são os que morrem mais no Brasil. Muitas dessas mortes poderiam sem dúvida ter sido evitadas.

No Brasil, o negacionismo do presidente Bolsonaro, de seus conselheiros médicos e de outros terraplanistas ideológicos custou milhares de vidas. Pelo que falou o próprio Bolsonaro e seu quase ministro Osmar Terra, jovens e adultos deveriam ser deixados livres, de muitos modos incentivando sua exposição ao vírus para acelerar o contágio e alcançar o que supunham ser uma "imunidade de rebanho". O Reino Unido inicialmente tentou seguir essa estratégia, mas, depois que as mortes se aceleraram e o primeiro-ministro Boris Johnson teve a doença com gravidade moderada, tudo mudou. O negacionista contumaz que se chama Donald Trump começou a propagandear essa "solução", porém, logo que a situação de Nova York se mostrou trágica, os governadores e as autoridades sanitárias tomaram medidas na direção oposta e ele ficou praticamente falando sozinho.

Como explicar o negacionismo na saúde? Podemos afirmar que tem relação com um não entendimento da questão da saúde e suas complexidades. Certamente revela ignorância, mas, também, o que é pior e triste, mostra crueldade e oportunismo político. Além de cientificamente inválida, a estratégia é problemática também do ponto de vista da ética médica, na medida em que implica um genocídio anunciado. Melhor dizendo, amplia em escala o genocídio já praticado e naturalizado anteriormente. Além de enorme risco, não faz qualquer sentido técnico e científico; na verdade atrasa ou impede o controle da doença. Infelizmente, por ignorância, irresponsabilidade e insensibilidade, os negacionistas continuam deliberadamente promovendo boicotes e sabotagens, criando obstáculos às medidas efetivas de combate à pandemia.

É triste, lamentável, irresponsável, criminosa e incompetente sob todos os aspectos a forma como o Brasil tem enfrentado a pandemia, de março de 2020 até agora, agosto de 2021. Mas não é o Brasil, realmente, nem o sofrido povo brasileiro. É o governo brasileiro atual. A Presidência da República teria constitucionalmente o dever de Estado de proteger a saúde pública. Autoridades sanitárias, ministros

e secretários têm a obrigação de formular políticas de controle, carrear recursos, viabilizar meios, gerenciar processos e coordenar ações. Mas incorreram em sérios equívocos e omissões, uma sucessão de atos trágicos que resultaram em sofrimento e mortes totalmente desnecessárias. Até hoje o executivo federal não apresentou um plano nacional de enfrentamento da pandemia. O pior é que essas mesmas lideranças políticas continuam numa trilha de morte. E estou convencido de que o fizeram e fazem com má intenção, deliberadamente.

O atual presidente e muitos dos seus seguidores frequentemente têm encorajado a quebra de quarentenas e a desobediência a medidas de distanciamento, promovendo aglomerações, recusa do uso de máscaras e, pior, fomentando uso de medicamentos sem eficácia comprovada. No caso da cloroquina, inclusive com efeitos colaterais fatais. Isso é irresponsabilidade criminosa. E não esqueçamos o vermífugo de uso veterinário, o remédio de piolho e sarna, o enema retal de ozônio. Todos tratamentos sem comprovação e aparentemente sem maior eficácia para tratar a covid-19. Seria apenas ridículo, tragicômico, se não tivesse custado vidas e tanto sofrimento, se não tivesse representado enorme desvio de recursos públicos e energia institucional. O exército brasileiro fabricou milhões de comprimidos de cloroquina, estoques para décadas de tratamento de malária, muito além da validade do fármaco. Com esse e com outros medicamentos, laboratórios farmacêuticos aproveitaram para aumentar preços e lucros. No final de contas, tudo isso desabasteceu o SUS de anestésicos, anticoagulantes e sedativos, medicamentos auxiliares para tratar casos graves de covid-19.

Jair Bolsonaro afirmou que os governadores são responsáveis pela mortandade na pandemia, porque não aplicaram o "isolamento vertical" que ele havia recomendado. Em mais de quarenta anos como professor e pesquisador em Epidemiologia, nunca soube da existência desse tal "isolamento vertical". Logo que apareceu, fiz uma busca cuidadosa na literatura médica e científica e nada encontrei. Ficou claro que isolamento vertical não é um conceito no campo da saúde coletiva nem no campo da medicina. Num artigo, fiz uma espécie de rastreamento de onde teria surgido tal proposta, que chamei de fraude pseudocientífica. (ALMEIDA-FILHO, 2020) Descobri que a ideia veio de um nutrólogo, autor de livros de autoajuda alimentar, um consultor de negócios com notórios vínculos com a indústria de alimentos, mas nenhuma competência em infectologia ou epidemiologia. Foi uma invenção, aliás, mal traduzida. O seu inventor, Dr. Katz, falou de *vertical interdiction* [interdição vertical]. Influenciado por seus conselheiros leigos, e não por Anthony Fauci, epidemiologista do Centro de Controle e Prevenção de Doenças (CDC), Trump mencionou essa ideia e, quase imediatamente, Bolsonaro adotou o "isolamento vertical" como política

de governo. Realmente por lá ninguém levou Trump a sério, ele não falou mais no assunto, e passou para a cloroquina e outras drogas, mas essa é outra história, igualmente trágica.

As autoridades sanitárias do Brasil têm falado muito em UTIs, insumos e equipamentos, referindo-se ao que nós, sanitaristas, chamamos de cuidados de alta complexidade ou nível quaternário de atenção. Isso é certamente importante e necessário para salvar vidas, especialmente em grupos de risco, considerando a evolução clínica da doença nos casos graves. Mas, do ponto de vista de controle da epidemia, precisamos focar no bloqueio das cadeias de transmissão do Sars-CoV-2. As estratégias chamadas de mitigação, sem distanciamento físico generalizado, não são eficazes para reduzir o impacto da pandemia. Para achatar a curva epidêmica, como se tem falado, a ponto de reduzir ao máximo os danos sociais e epidemiológicos, será preciso recorrer a estratégias chamadas de supressão. Isso quer dizer drástica redução do contato social, com medidas complementares de descontaminação permanente. Há várias modelagens teoricamente robustas e consistentes entre si que corroboram essa visão. Isso implica enormes desafios de logística, comunicação e coordenação entre política pública e mobilização popular, agravados nesses tempos de *fake news*, redução e desmantelamento do Estado e perda de credibilidade de governantes e instituições.

Infelizmente, frente à crise, o governo federal continua dando sinais cada vez mais preocupantes, ambivalentes, irresponsáveis. Marcelo Queiroga, ministro da Saúde recentemente designado, que aparentemente teria maior conexão com a realidade e revela algum grau de confiança nas ciências, encaminha algumas medidas orientadas por evidências e projeções científicas ao mesmo tempo em que se omite frente aos desmandos presidenciais. O presidente da República, seu núcleo familiar, a corte palaciana, alguns ministros de perfil medieval e seus representantes no Congresso desmentem seguidamente a autoridade sanitária. Ridicularizam a ciência e profissionais e pesquisadores(as) da saúde, tensionam as frágeis relações sociais e institucionais, fazem de tudo para reduzir a radicalidade necessária da estratégia de contenção dos riscos. Agora mesmo, estão hostilizando prefeitos e governadores e desrespeitando a comunidade internacional. Este governo fechou questão em minimizar a pandemia, transformando em espetáculo uma crise histórica da humanidade. Por causa disso tudo, a sociedade brasileira já está pagando um altíssimo preço. Mas isso será cobrado, porque saúde é política.

O resultado do desgoverno é que a pandemia fugiu a qualquer controle, tornando-se endêmica, como de fato está acontecendo no Brasil. Esperavam um pico epidêmico, mas nos mantivemos em algo como um platô, com expectativa de

redução lenta da transmissão. Por isso é que no Brasil, estamos acumulando recordes mundiais de mortalidade entre gestantes, entre pobres, entre profissionais de saúde, entre indígenas e na população jovem. O Brasil deveria, logo no começo da pandemia, ter feito um rigoroso *lockdown* e reforçado os sistemas de vigilância epidemiológica na atenção primária do SUS, como fizeram todos os países que controlaram os danos da pandemia.

O que, atualmente, norteia e embasa o pensamento acerca de saúde pública entre gestores do poder público no Brasil? É realmente notável o esforço que tem sido feito por estados e municípios para expandir a capacidade instalada, abrindo leitos de internação e de UTI. Mas essa estratégia tem problemas para controlar a pandemia. Mais do que hospitais de campanha, são necessários serviços ambulatoriais eficientes, unidades intermediárias equipadas e centros de terapia intensiva ou de referência para essas unidades, serviços de apoio diagnóstico e terapêutico adequados, com equipes completas, com medidas corretas de proteção individual e coletiva. Avalio que os estados e municípios têm em geral falhado em utilizar as redes de atenção primária à saúde, com uma abordagem comunitária necessária para o enfrentamento da pandemia. A atuação dessas equipes deveria promover vigilância epidemiológica efetiva nos territórios, para bloquear e reduzir o risco de expansão da epidemia, coordenando ações de prevenção primária e secundária à covid-19, com identificação de casos, testagem e busca ativa de contatos, além do apoio ao isolamento domiciliar de casos e contatos. Mas isso só pode ser feito com apoio e coordenação nacional, com inteligência e organização centralizada, o que não se observa da parte do governo federal. No plano da gestão, além das ações municipais e estaduais, seria desejável a atuação do governo federal na busca e no reconhecimento das inúmeras estratégias produzidas na sociedade, isto é, ações realizadas por organizações governamentais, não governamentais e experiências comunitárias, para fortalecê-las e integrá-las no enfrentamento nacional da pandemia.

No mundo todo, tem sido impressionante a forte mobilização da comunidade científica na busca de soluções para vários aspectos da pandemia, não apenas diagnósticos, mas também novos medicamentos e vacinas. De fato, a ciência brasileira tem dado uma resposta incrível aos desafios, desde o desenvolvimento experimental de estratégias tecnológicas para novos testes, busca de novos padrões genômicos associados a riscos de adoecer e de casos graves da doença, até a avaliação de medicamentos e vacinas desenvolvidos contra o coronavírus. No campo epidemiológico, minha área de pesquisa, destaco os inquéritos regionais e nacionais para determinar a presença de anticorpos na população, essenciais para acompanhar a dinâmica da pandemia entre nós. Os grupos brasileiros de pesquisa em ciências humanas e

sociais têm dado grande contribuição para a compreensão das dimensões social, étnica, política, econômica e ética, todas elas afetadas pela pandemia. Mas o sistema brasileiro de ciência, tecnologia e inovação vem enfrentando nos últimos anos a mais grave crise de financiamento de sua história. Minha avaliação pessoal é que mais uma vez, em mais uma crise sanitária, apesar da negligência de políticos e lideranças ignorantes, ainda se revela a altíssima qualidade da rede pública de universidades e centros de pesquisa de nosso país.

O que a experiência da pandemia ensina acerca de saúde pública ao mundo? Do ponto de vista epidemiológico, aprendemos que o controle da pandemia é viável, mesmo sem vacina e tratamentos específicos. Vejamos a comparação com a Nova Zelândia, com a China, com a Noruega. Isso permite avaliar o que seria, no limite, histórico e, em última instância, possível como hipótese mais otimista. Se o Brasil tivesse tomado TODAS as medidas corretas e SEMPRE no tempo certo, teríamos tido menos de 100 mil mortos. Mas alguém pode argumentar: a Nova Zelândia é uma ilha, isolada, distante, rica, com pouca gente, fácil de controlar. A Noruega é um país com renda per capita e indicadores educacionais altíssimos. A comparação mais justa seria com países pobres, de grande população, com déficits de educação, com alta diversidade territorial. Vejamos a China: se aplicarmos as taxas de mortalidade da China, o Brasil teria tido menos de 7 mil mortos. Ah, mas os chamados países orientais têm uma cultura muito diferente da nossa… A China seria um país totalitário, com uma cultura hiperdisciplinada. Então vale comparar com o Uruguai, nosso vizinho. Ah, mas o Uruguai é minúsculo… E a Argentina, país vizinho, com cultura próxima e problemas econômicos equivalentes? Contaram com liderança nacional, credibilidade política e coordenação minimamente competente.

Em um artigo do *Le Monde Diplomatique*, minhas colegas Gulnar Azevedo, Claudia Travassos e eu mostramos que a visão epidemiológica correta seria o oposto do que está sendo feito. O sistema de saúde foi acionado pelo governo federal numa lógica invertida, priorizando a atenção quaternária, de altíssima complexidade – por isso todo mundo só fala em leitos de UTI. O hospital deveria ser o fim da linha de cuidados e não o foco principal do combate à pandemia. É como se o país tivesse adotado a estratégia de deixar a epidemia correr solta para só mitigar danos no último momento, como um time de futebol que resolvesse jogar só nos cinco minutos finais. Deveríamos resgatar e valorizar a atenção primária à saúde, que o governo desmontou nos últimos anos. Expulsou os médicos cubanos, desfez o belíssimo Programa de Saúde da Família e desmobilizou os agentes comunitários de saúde, que estão nas periferias e nos rincões remotos do país. Em uma pandemia, a atuação do nível básico de saúde é fundamental para monitorar, nos bairros e nas

vilas, pessoas que desenvolvem sintomas. Os testes deveriam ser usados para confirmar ou não casos suspeitos. E, mesmo sem sintomas, casos suspeitos devem ser vistos como um potencial transmissor do vírus e precisam ser isolados, assim como as pessoas com quem tiveram contato.

A pandemia atingiu o Brasil no meio de uma agenda política de reformas centrada na pretensa austeridade fiscal e na dramática redução do papel do Estado na economia. Trata-se da agenda neoliberal, em versão mais cruel e ignorante. Como resultado dos cortes de gastos e das reformas de ajuste neoliberal, principalmente através da reforma previdenciária e trabalhista, ao contrário do crescimento econômico apregoado, o que estamos vendo tem sido desemprego, crise e piora nos indicadores fiscais. A política de austeridade também desfinanciou o SUS e fragilizou a estrutura de proteção social em um contexto de aumento da pobreza e das desigualdades sociais. Mas, além do recrudescimento das questões já conhecidas, o que mais a pandemia revelou em termos de desigualdades? Com a pandemia, pelo contrário, as políticas econômicas, assistenciais, de saúde e segurança pública precisariam mitigar o efeito das desigualdades de toda ordem, desigualdades de gênero, de raça/etnia, de classe social, territoriais. A pandemia causada pelo novo coronavírus enfim acentua e maximiza problemas gerados pelas desigualdades na saúde e em praticamente todos os âmbitos.

Medidas de distanciamento são muito difíceis de serem seguidas pela população pobre, composta em grande parte por trabalhadores(as) informais e desempregados(as). São milhões de pessoas que moram em áreas aglomeradas, em casas precárias, nas periferias das grandes cidades. Essas pessoas têm enorme dificuldade de ficar em casa durante semanas, principalmente porque faltam recursos para tudo, alimentos, aluguel, água, energia, mínimo conforto. Além disso, é preciso cuidar de pacientes crônicos e grupos prioritários como gestantes e lactantes, bem como a população e grupos em situações de vulnerabilidade, populações indígenas, ribeirinhas, quilombolas. Uma pandemia como esta se alastra no país e aprofunda desigualdades sociais, gerando um aumento da vulnerabilidade social, de iniquidades e de violações de direitos humanos, afetando diretamente grupos populacionais oprimidos e discriminados, pobres e socialmente excluídos. Isso tem efeitos terríveis sobre o conjunto da sociedade, que vai se tornando cada vez mais cruel, menos humana e menos solidária.

Atualmente, a cúpula do Ministério da Saúde admite retoricamente a centralidade do SUS no enfrentamento da pandemia. Acontece que precisamos consolidar os sistemas nacionais de vigilância em saúde e de vigilância sanitária, bem como efetivar a promoção da saúde. Tudo isso faz parte do SUS. Na atenção primária,

o SUS articula ações de vigilância epidemiológica, vigilância sanitária, vigilância alimentar e nutricional, vigilância em saúde do trabalhador e da trabalhadora e vigilância em saúde ambiental, além das ações intersetoriais em todas as áreas importantes no processo de determinação social da saúde. Nos outros níveis, terciário e quaternário, que correspondem ao tratamento especializado e hospitalar, o SUS também é essencial.

O enfrentamento da pandemia exige que o Ministério da Saúde, urgentemente, seja capaz de operar com a eficiência que a crise sanitária requer. Vai ser preciso reforçar o papel institucional do controle social do SUS, na definição e no acompanhamento e fiscalização das políticas de saúde. Além de aumentar recursos financeiros destinados ao SUS, é necessária a aplicação ágil e eficiente dos recursos disponíveis, o que infelizmente não tem se dado até o momento. E o pior é que o planejamento orçamentário do governo federal, em vez de repor recursos e reverter o subfinanciamento do SUS, aponta na direção oposta, com cortes ainda mais profundos na saúde, bem como na educação. O mais triste ainda é que esses recursos estão sendo desviados para ampliar os orçamentos das forças armadas.

Desde a década de 1970, antes da criação do SUS, buscava-se conceber um sistema público de saúde dentro dos limites de um regime autoritário. Naquele tempo havia institutos de previdência que só atendiam aos associados dos respectivos sindicatos ou caixas de pecúlio. Os mais pobres, com empregos informais sem carteira assinada, e os desempregados, que juntos eram a maioria da população, somente tinham acesso a hospitais universitários, como indigentes, ou a serviços públicos lotados e de qualidade muito ruim. O que se chamava de saúde pública aparecia como campanhas somente quando havia epidemias, aliás muito frequentes. Nesses mais de quarenta anos de existência, verificamos uma evolução excepcional do sistema público de saúde no país, o que me leva a reafirmar que o SUS é um verdadeiro feito histórico, político e social. Incluir a saúde como direito para uma imensa população, de modo igualitário, mesmo com todos os limites de cobertura, acesso, equidade e qualidade, revela-se uma política social extraordinária. Além disso, há vários elementos e segmentos do SUS que constituem ilhas de excelência, como, por exemplo, os programas de controle de HIV/AIDS/STD e de transplantes, e o sistema de vigilância epidemiológica, reconhecidos como sucessos inegáveis. Também a estratégia de Saúde da Família, de grande efetividade para organizar e ampliar a atenção primária à saúde em todo o território nacional. Nenhum país do mundo, com dimensões territoriais e populacionais equivalentes, conseguiu alcançar esses patamares.

Igualmente lamentável tem sido a conduta de profissionais médicos e seus órgãos corporativos. Para mim, isso não é surpreendente. Acho que uma parte da

questão pode ser entendida pelo viés profissionalizante da universidade brasileira e pela estrutura isolacionista e altamente disciplinar dos nossos programas de formação profissional no campo da saúde. O fato de alguém fazer um processo seletivo para entrar numa universidade em um curso tal, para uma profissão certa, numa escola tal, e é assim que acontece entre nós, já produz isolamento e alienação dentro da instituição. De modo que alguém faz um processo seletivo, Enem, vestibular, o que seja, para uma faculdade de medicina que está numa universidade, e não para uma universidade que oferece um curso de medicina. Ele ou ela entra na faculdade de medicina, cursa seis anos na faculdade de medicina e se forma na faculdade de medicina. A universidade apenas foi um CNPJ que unifica e legaliza os processos, apenas um ente jurídico. Então eu diria que esse isolamento é um elemento estrutural da universidade brasileira, que, até nisso, se distingue de outras formas de universidade no mundo.

Agora, no momento da pandemia, a questão médica é específica. Para entender essa questão, precisamos desenvolver uma melhor compreensão das culturas corporativas profissionais. A cultura corporativa da medicina espelha a cultura do profissional liberal. A pessoa que se forma em medicina no Brasil, via de regra, atualiza princípios e valores da elite nacional, e encontra no curso uma ideologia de profissional liberal no sentido do liberalismo, a do sujeito individual que teria domínio pleno sobre seus meios de trabalho e que poderia decidir sobre todos os elementos do processo de produção do serviço da assistência ou de cuidados médicos. Pode, inclusive, exercer poder sobre outros profissionais para viabilizar sua hegemonia no processo, mas também performa domínio total sobre o que faz, processo e produto. Essa forma de pretensa autonomia profissional data de mais ou menos dois séculos. É parte do que estou estudando agora, as raízes históricas da educação médica brasileira. Isso foi definido de uma maneira tal que uma ética própria, portanto, uma etiqueta, e uma lógica peculiar encontram-se envolvidas nesse conjunto de decisões. E essa etiqueta e essa lógica, em muitos pontos, são contraditórias com a ética e a lógica da pesquisa científica e com a ética e a lógica da formação universitária. Um exemplo simples: um(a) pesquisador(a), em qualquer campo de conhecimento – mesmo aqueles em campos, digamos, com menos reflexão epistemológica – sem muita consciência do que faz, é um sujeito cuja formação e critérios de valorização reforçam uma referência à cautela. Um(a) pesquisador(a) terá sempre cautela para afirmar alguma coisa como absoluta e verdadeira. E há todo um aparato, inclusive externalizado – e em alguns campos de conhecimento, trata-se de um aparato interinstitucional, uma rede internacional –, de contínua verificação de validade, de modo que a lógica é sempre analisar criticamente já que a ética profissional impõe a

precaução, o cuidado com a vida. Suspender a crença, duvidar é um princípio cartesiano, por isso partimos da dúvida sistemática.

Um(a) médico(a), por outro lado, se tiver dúvida, aprendeu a escondê-la na sua relação de trabalho, por vários motivos, alguns deles micropolíticos. Em nossa cultura, cultiva-se toda uma alegoria da figura médica como um deus. Trata-se de uma alegoria inclusive hipocrática. Há uma pequena frase, um pequeno aforismo atribuído a Hipócrates: "O médico é como Deus". Então essa incerteza ou dúvida não pode ser expressa; mesmo existente, não pode ser manifesta. Esse é um ponto muito interessante: numa posição narcísica de detentor do saber e do poder, alguém que não pode deixar de fazer. Na dúvida, age; e depois pensa. Isso é contraditório, totalmente contraditório, com o princípio da pesquisa e com o princípio da reflexão crítica e partilhada.

Nesse sentido, uma série de dimensões, que eu trataria como vertentes, podem propiciar uma reflexão interessante. São quatro lógicas e éticas distintas e, até, antagônicas. Uma é a ética da política pública, outra é a do cuidado clínico, a outra é da produção do conhecimento e a outra, finalmente, é a ética da responsabilidade pedagógica. São quatro dimensões éticas, algumas contraditórias do ponto de vista formal, outras paralelas, outras transversais. Vejamos a questão da ética no cuidado clínico, na qual temos o Conselho Federal de Medicina como um órgão de regulação da prática profissional. Se essa prática profissional tem como fundamento de sua cultura seguir a ciência, eu diria que se trata de um componente secundário na configuração dessa prática, num momento recente na configuração dessa prática.

A categoria médica no Brasil ainda tem grande dificuldade de incorporar valores da chamada medicina baseada em evidências. Nessa discussão do "baseado em evidências", há intensa disputa sobre o que é evidência científica. É claro que a primeira linha de defesa nessa discussão, que atores contemporâneos do campo médico frequentemente utilizam, é a criação de outra caricatura, uma metáfora caricatural, que é a da medicina baseada em crenças. Não se trata de qualquer crença, mas uma crença peculiar sobre a qual repousa toda a ordem política, extremamente cristalizada, consolidada, poderosa e que extrapola seus espaços. Se formos verificar de perto a quantidade de homens brancos médicos que ocupam cadeiras no parlamento nacional, veremos quão desproporcional isso é em relação a outras profissões ou ocupações. Também a quantidade de homens brancos médicos eleitos gestores municipais é incrível. Então, temos que recorrer à sociologia na discussão dessa realidade política oriunda do poder de curar, o que teóricos franceses chamam de "ordem médica".

O princípio da precaução é outra discussão importante numa crise sanitária como a da atual pandemia. Porque o princípio da precaução tem sido promovido e

formalizado em função da luta ambiental. Não somente o princípio da precaução, trata-se de disputa sobre a narrativa de um processo complexo e crítico, de um complexo fenomênico global, que é a pandemia. Não se trata apenas de doença. Se assim fosse, eu diria que temos uma luta perdida porque o monopólio da produção de discursos tem sido exercido em sua maioria por homens brancos médicos especialistas, quando a discussão se refere a processos patológicos individuais e acordos narrativos referidos a sujeitos individuais. Mas a pandemia, de fato, não se reduz à soma de indivíduos doentes; é exemplo de um fenômeno total, de um processo social, histórico e, portanto, coletivo; trata-se de uma catástrofe verdadeira, no sentido de ruptura brusca e profunda, a ser compreendida e tratada de um ponto de vista bem mais amplo.

Mesmo antes da pandemia, as desigualdades sociais têm afetado a saúde de modo simples, porém perverso. Uma minoria social, economicamente privilegiada e politicamente dominante, recebe benefícios fiscais de um Estado financiado pela maioria pobre. Essa minoria tem renda suficiente para adquirir planos privados de saúde, tendo acesso a serviços de saúde no setor privado lucrativo, muitas vezes de melhor qualidade, subsidiado por quase total renúncia tributária do imposto de renda à pessoa física. Isso quer dizer que há um retorno de taxas ou ressarcimento relativo às despesas de saúde realizadas pelos contribuintes. Além disso, os planos privados de saúde são subsidiados pelo SUS em procedimentos de alta complexidade de maior custo. Quer dizer, para tudo que tem lucratividade questionada, retorna-se a responsabilidade ao Estado porque todos os cidadãos brasileiros em tese seriam iguais perante os benefícios do sistema de saúde. Assim, quem é mais pobre paga relativamente mais impostos para financiar um Estado que deveria ser um instrumento gerador de equidade, e não é. Os mais pobres recebem do Estado serviços públicos de saúde de pior qualidade, com problemas de acesso, menor resolubilidade, mais exclusão social, piores níveis de saúde, o que fecha esse ciclo de reprodução social das desigualdades pela saúde. Em suma, o sistema de saúde brasileiro padece de iniquidades no financiamento, exibe desigualdades na qualidade e sofre com distorções nos modelos de gestão e de formação em saúde. Como eu disse antes, políticas sociais amplas, territorializadas e abertas a todos, que visam superar a desigualdade socioeconômica e as iniquidades sociais, trazem inegavelmente repercussões positivas sobre a saúde e conseguem mitigar essa vergonhosa situação.

Na década anterior à crise política e à pandemia, pessoas de classes e grupos sociais desfavorecidos, em geral residentes em áreas remotas, antes excluídas, conseguiram mais acesso à assistência à saúde, sobretudo no nível de atenção primária,

mediante a estratégia Saúde da Família. Apesar disso, aquelas com mais vulnerabilidade social continuavam com dificuldades na utilização dos programas de proteção e recuperação da saúde, sobretudo nos níveis secundário e terciário de atenção, amplamente disponíveis para setores sociais já beneficiados com melhores condições de vida e pela cobertura de planos privados de saúde. Mesmo antes da pandemia, havia problemas referentes ao financiamento, gestão e qualidade do sistema público de saúde, e agudizados pela recente crise econômica, social e política.

No setor público, aspectos organizacionais dos programas e instituições de saúde trazem obstáculos materiais e institucionais que geram desigualdades e segregação, disparidades de renda e de inserção social, no acesso a recursos assistenciais disponíveis, além do *gap* na informação, determinado por diferenças de gênero, geração, educação e renda. Apesar de acolhidos no sistema, sujeitos de segmentos sociais vulneráveis e tipicamente mais necessitados de assistência de qualidade passaram a sofrer uma nova ordem de desigualdades, internalizadas nos próprios atos de cuidado, resultantes da estrutura e funcionamento do sistema e da realização de práticas assistenciais de pouca efetividade e menor grau de humanização. Esses sujeitos se viam, e se veem, até porque isso não mudou, na condição de usuários de categoria inferior em um sistema público de saúde supostamente universal. Essa quebra da qualidade-equidade, essa nova modalidade de "iniquidade internalizada", de natureza qualitativa, cotidiana, intrafuncional e camuflada, é exercida mediante formas sutis e culturalmente sensíveis de relacionamento intersubjetivo desumano, segregador e discriminatório. Assustador é que, em nosso país, a formação de competência para produzir e operar essas formas de iniquidade se encontra no próprio sistema de educação formal, incorporada ao treinamento e à capacitação de pessoal técnico e profissional em saúde.

Seja para discutir a retomada do sistema de educação, seja para a liberação de eventos e atividades com grandes públicos, a vacina tem sido apontada como um marco, a única forma de retomar tudo isso. Não concordo, de modo algum, com essa visão. A vacina é mais uma possibilidade que, provavelmente, vai compor um conjunto de estratégias de superação do problema complexo que é a pandemia. Para problemas complexos, não existem soluções simplórias. Medicamentos e combinações farmacológicas poderão aumentar a eficiência clínica no tratamento de casos graves, reduzindo sequelas e mortalidade, mas não se espera o que chamam de "bala de prata". Esperar que seja assim é, para dizer o mínimo, ingenuidade.

Mesmo com a vacina, no pós-pandemia, será preciso requalificar e valorizar a vigilância sanitária e epidemiológica e o uso de dados na gestão da saúde pública. As estratégias de controle epidemiológico continuam sendo as mais eficazes para

infecções respiratórias de alta contagiosidade, como a covid-19. São seculares, antecedem a emergência das ciências modernas, antecedem em muito a epidemiologia. E sua efetividade se ampliou muito com a descoberta e o aperfeiçoamento de tecnologias diagnósticas rápidas, válidas e confiáveis, a partir do uso de análise estatística, ou da matemática aplicada. Para compreender melhor a questão, temos que remontar ao papel da matemática na história da ciência, quando esse campo do saber aparece como estandardização dos processos de codificação da linguagem científica. Foi um grande atrativo para um movimento, logo no início da ciência, contra a decomposição dos espaços de investigação. A matemática aparece como uma espécie de recompositora dessa decomposição. E, claro, com o tempo e com os sucessos, isso ganha ares de dogma. Acho que a expressão, ou o momento em que aparece uma formulação mais espetacular é aquela famosa citação de Lord Kelvin: "só existem fatos se puderem ser medidos". E medida significa apenas uma redução ao código numérico. Então essa é uma questão que não afeta só a epidemiologia, mas transcende muitas ciências.

Uma questão importante é como a universidade pode contribuir efetivamente para o melhor funcionamento do SUS, reforçando seus princípios estruturantes. Como já escrevi em vários textos e falei em alguns lugares, o sistema de educação superior brasileiro cumpre um papel deformador mais do que formador da força de trabalho para o SUS. A formação em saúde no Brasil continua hospitalocêntrica, focada na especialização precoce, na excessiva solicitação de exames complementares e nos tratamentos de alta complexidade, muitas vezes não fundamentados em evidências científicas. A formação pensada apenas sob a ótica da transmissão de conteúdos, fragmentada, disciplinar, tecnicista e impessoal, completa ou mesmo parcialmente desvinculada do contexto sociocultural, desvaloriza a humanização, a solidariedade e a participação social. Tal tipo de formação compromete todas as etapas do processo de produção da saúde em bases justas e igualitárias. A universidade pública precisa mudar radicalmente seu modelo de formação profissional em saúde, não somente de ensino médico. Precisamos de profissionais de saúde capazes de trabalhar em equipe, de analisar criticamente suas decisões e de atuar de modo efetivo, com visão humanitária, política e social, e conscientes de sua vocação e de sua importância em um movimento maior pela produção de saúde na população que mais precisa.

A epidemiologia, no campo da saúde, é o lugar onde a utilização da matemática – mas também a reflexão teórico-metodológica pertinente – mais tem avançado, por vários motivos. A própria suposta essência do fazer científico sobre doenças em populações, objeto próprio desse campo, é a quantificação, que se inicia com a

contagem de casos nas epidemias clássicas, nas pandemias, epidemias e endemias. O nome epidemiologia vem desses objetos de conhecimento. Porque a definição do campo epidemiológico se dá pela competência na quantificação, em contraste com uma forma mais individualizada e singularizante, que é justamente a clínica. Ao singularizar, deixa de ser epidemiologia, mesmo que se utilizem números. Podemos descrever um caso de doença com todos os indicadores numéricos, de pressão, temperatura de dimensões corporais, de biometria, medidas laboratoriais, tudo isso utilizando formas de quantificação, mas se o foco é um sujeito individual, como um caso particular de doença, isso é um tipo de clínica. Na epidemiologia, trabalhamos com o coletivo populações. O que se consegue formular como análise epidemiológica não pode ser reduzida ao individual, imediata ou automaticamente. Aliás, esta é uma das grandes questões nesse momento na pandemia. A pandemia vem, aparece, emerge como um evento populacional. Produzem-se representações em profusão, gráficos de variadas formas, geram-se inscrições, para usar até uma terminologia do campo antropológico, inscrições que são muito parecidas com objetos que se referem a outros campos de ciência.

Nesta pandemia, epidemiologistas quase não têm sido escutados(as) sobre um fenômeno coletivo epidêmico. A quantidade de físicos que têm pontificado, de matemáticos, de cientistas da computação, neurocientistas que estão falando muito, geneticistas, imunologistas, principalmente infectologistas. Como a covid-19 é uma doença infecciosa, as pessoas acham que infectologista é epidemiologista. E para isso a mídia contribui muito. A própria configuração política do país neste momento multiplica essa confusão. Porque a epidemiologia, no Brasil, cresceu e se consolidou no campo da saúde coletiva, que traz um aporte crítico evidente e claro. Depois do golpe de 2016 que depôs a presidenta Dilma, um dos primeiros atos no Ministério da Saúde foi expulsar e expurgar epidemiologistas e sanitaristas da gestão em saúde. E então veio a pandemia.

Muitos equívocos poderiam ter sido evitados com perguntas a quem estuda o assunto, numa objetividade científica própria, precisa e peculiar. Não é somente uma questão de número, pois especialistas em números estão aí, até com grande visibilidade. O que a epidemiologia teria de peculiar e certamente contributivo para essa discussão é exatamente a formulação transitiva do conhecimento sobre processos patológicos e fenômenos da saúde em interfaces ou planos de ocorrência, junto a especificidades metodológicas da quantificação desses fenômenos e processos, em populações e sociedades concretas.

Precisamos de dados transparentes em tempo real. O sistema de notificação usa um modelo de alimentação de dados por lotes, consolidados inicialmente

em municípios e estados. As universidades públicas e institutos de pesquisa, e aí destaco os da Fiocruz, têm toda a expertise nesse campo. Alguns grupos de epidemiólogos brasileiros já estão em campo para contribuir. Vários atuam nas redes de vigilância epidemiológica e muitos têm grande experiência em grandes bases tipo *big data* e em análise de dados dinâmicos. O Brasil tem uma das epidemiologias mais desenvolvidas do mundo. Depois de Estados Unidos e Reino Unido, estamos na mesma faixa de competência de países europeus que agora estão no epicentro da pandemia. Com essa rede de pesquisadores composta e coordenada, posso estimar que precisaríamos de três a quatro pontos da curva para avaliar tendências de incremento, estabilidade ou queda. Isso quer dizer três a quatro dias. Mas também pode ser calculado em tempo real, contanto que as flutuações sejam consideradas.

Recomendo que rapidamente se realizem estudos epidemiológicos, tipo *fast-track*, ágil e objetivo, para estimar os subconjuntos de referência populacional da morbidade pela covid-19. O que chamamos de microindicadores de morbidade, internos à população afetada por um problema de saúde como a infecção pelo coronavírus Sars-CoV-2, são muito úteis para o planejamento e alocação de recursos. Servem bem para orientar medidas de controle, prevenção e também operação do sistema de cuidado em saúde. Risco, morbidade, letalidade, virulência e patogenicidade são conceitos elementares da epidemiologia. Por exemplo, letalidade é um conceito distinto de mortalidade. Matematicamente são razões de conjuntos e subconjuntos. Letalidade tem como denominador o número de casos da covid-19, o que inclui todos os casos; mortalidade tem como denominador a população de onde provêm os casos. Um estudo com esse desenho pode emergencialmente estimar coeficientes de letalidade, virulência e patogenicidade para a população brasileira. Aí deixaremos de depender de análises de riscos feitas em outros países, com perfis demográficos totalmente distintos e outros contextos assistenciais. Teremos assim um conhecimento técnico apurado sobre a forma como a pandemia se apresenta no Brasil. Realmente a subnotificação enviesa o denominador do coeficiente de letalidade. O objetivo principal e imediato desse *rapid assessment* será evidentemente estimar a subnotificação. Para termos um panorama nacional, esse estudo deve ser feito em diferentes regiões, certamente priorizando os epicentros internos da pandemia no Brasil.

A disponibilidade de leitos no país certamente preocupa. Mesmo antes da pandemia tínhamos um déficit de capacidade instalada em UTIs em todo o território brasileiro. Era um déficit grande, agravado pela brutal desigualdade de disponibilidade no que se refere às classes sociais. Essa situação se agravou demais com o desfinanciamento do SUS nos últimos anos e o viés de privatização dos sistemas públicos

de saúde, educação e proteção social. É claro que não se trata somente do quantitativo bruto de leitos e sim da capacidade operacional desses leitos. Isso inclui disponibilidade de equipamentos, como respiradores e máscaras, e equipes treinadas para fazer as UTIs funcionarem otimizadas. Muito se tem falado sobre a previsão de falta de máquinas. Isso é grave e preocupante, com certeza, mas penso que a questão de pessoal de saúde qualificado para o SUS é ainda mais séria. Uma equipe capacitada para prestar cuidados intensivos, médicas, enfermeiras, técnicas, pessoal de apoio, não se forma em dias ou semanas. A pandemia pode revelar que temos um apagão de profissionais de saúde.

A presente coletânea representa um belo esforço no sentido de fomentar um movimento maior pela produção da saúde plena junto a grupos da população que mais precisam dela para viver com qualidade de vida, dignidade e equidade. O foco no cuidado, em vez da ênfase no serviço ou na instituição (sem perder a conexão com a realidade do sistema de saúde), e a ênfase nos grupos vulnerabilizados, juntamente com uma aposta de futuro, ao priorizar a infância e adolescência, tornam esta iniciativa distinta de propostas similares no sentido de valorizar o investimento humano coletivo socialmente comprometido. Tratar de questões afetivo-teóricas sem vergonha de lidar com o sensível, considerar os atravessamentos políticos e raciais que marcam nossa história como povo e nação, e enfrentar o desafio de pensar junto para realizar em conjunto representam intenções iniciais, porém fundamentais, para viabilizar atos de transformação sustentável da vida social. Espero que estas reflexões, ainda pouco sistemáticas frente à complexidade do problema da pandemia numa sociedade desigual estruturalmente e injusta politicamente, sejam úteis nessa direção.

Tenho esperança de que a sociedade, principalmente esse povo sofrido, trabalhadores, professores, pensadores e pesquisadores, mas sobretudo os gestores e líderes políticos, todos(as) possamos aprender as lições da pandemia, o que Boaventura Santos chamou de "a cruel pedagogia do vírus". O Brasil será capaz de aprender essa lição? Essa é a grande questão, que vai precisar de muita luta, muito empenho, muito sacrifício mesmo, para ser resolvida. A sociedade brasileira poderá reagir e dar fim a essa catástrofe política? Que Brasil existirá depois da pandemia? Quais os desafios para pensarmos nesse "depois"? Confesso que neste momento tenho dificuldade de ser otimista. Gostaria de registrar sobretudo uma forte esperança. Quem sabe essas lições possam tornar este país e esse mundo melhores…

Naomar Almeida Filho
Itaparica, agosto de 2021

Referências

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA. *Plano nacional de enfrentamento à pandemia de Covid-19*. Rio de Janeiro: Abrasco, 2020. Disponível em: https://www.abrasco.org.br/site/tag/plano-nacional-de-enfrentamento-a-pandemia-de-covid-19/. Acesso em: 5 ago. 2021.

ALMEIDA-FILHO, N. Modelagem da pandemia COVID-19 como objeto complexo (notas samajianas). *Estudos Avançados*, São Paulo, v. 34, n. 99, p. 97-117, 2020.

ALMEIDA-FILHO, N. Pandemia de COVID-19 no Brasil: equívocos estratégicos induzidos por retórica negacionista. In: BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Volume 1*: principais elementos. Brasília, DF: OPAS: Conass, 2021. p. 214-225. Disponível em: https://www.rets.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/arquivos/biblioteca/covid-19-volume1.pdf. Acesso em: 5 ago. 2021.

ALMEIDA-FILHO, N.; AZEVEDO, G.; TRAVASSOS, C. Como controlar a pandemia no Brasil. *Le Monde Diplomatique*, [*s. l.*], ago. 2020. Disponível em: https://diplomatique.org.br/como-controlar-a-pandemia-no-brasil/. Acesso em: 5 ago. 2021.

SANTOS, B. de S. A *cruel pedagogia do vírus*. São Paulo: Boitempo, 2020.

APRESENTAÇÃO

A chegada de um pouco de sol em tempo de crise

Foi um tempo de crise, foi um tempo sem sol, foi um tempo sem dó. Assim, há alguns anos, Marcus Vinícius de Oliveira Silva (MVMatraga) inicia um dos seus poemas. A habilidade do poeta, a filiação ao escárnio de Bertold Brecht, a quem dedica o poema, e os efeitos escorpinianos do capitalismo na humanidade se juntam à crítica denunciadora do poeta, professor, pesquisador e militante no campo da saúde mental. A *desconfiança instaurou-se como regime dos homens*, sentencia MVMatraga. Este amigo dos direitos humanos era o tipo de pessoa que jamais deixaria de fazer algo para restaurar a confiança em tempos como estes, que exigem luta frente ao luto. Veio então como um sopro, um sussurro, um lampejo, um pedido a zanzar nas nossas mentes insones. Este sopro nos deu a sensação que a música de Caetano Veloso, "Oração ao tempo", oferece: "E quando eu tiver saído/ Para fora do teu círculo/ Tempo, tempo, tempo, tempo/ Não serei nem terás sido/ Tempo, tempo, tempo, tempo/ Ainda assim acredito/ Ser possível reunirmo-nos/ Tempo, tempo, tempo, tempo/ Num outro nível de vínculo".

Era preciso, mais uma vez, se impor ao regime antidemocrático e necropolítico, no sentido usado por Achille Mbembe, para acudir a saúde mental de todas as pessoas e, especialmente, dos loucos e das loucas, na pandemia. Um acontecimento que exala o mais fétido odor capitalista, no qual se misturam dor, perdas, medo, desesperança, e

no qual se evidenciam desigualdades social, racial e de gênero. A morte, não mais em sussurro, berrando em nossos ouvidos.

Em 2020, no início da pandemia da covid-19, estávamos mais angustiadas "que um goleiro na hora do gol/ Quando você entrou em mim como um sol no quintal", como canta Belchior, na canção "Divina comédia humana". Foi assim que o Programa de Extensão Emergencial Pensar Junto/Fazer com: saúde mental em tempos de covid-19 chegou, como o sol no quintal do Laboratório de Estudos Vinculares em Saúde Mental (LEV), criado por MVMatraga na Universidade Federal da Bahia (UFBA), juntando sete colegas do Instituto de Psicologia (IPS/UFBA), Denise Coutinho, Juliana Prates, Lika Queiroz, Marcelo Magalhães, Mônica Lima, Vania Bustamante e Suely Aires, formando o LEV Ampliado. A generosidade institucional que nos inspira gerou aglomerações virtuais com tantas outras presenças.

Este livro é um registro desse encontro em *tempo de crises* sanitária, política e social no Brasil, agravadas com a pandemia da covid-19. Aqui contamos o que pensamos juntas e fizemos com profissionais, gestores(as) de saúde, discentes e docentes. Foram quinze rodas de conversas realizadas de março a dezembro de 2020 sobre temas que atravessam, ora atravancando ora amparando, o cuidado em saúde mental. Mais do que isso, foi mesmo um pretexto para avançar em relação às práticas individuais de cuidado oferecidas e favorecer a articulação entre os níveis de assistência à saúde, já fragilizados, para um modelo coletivo, uma ação para agrupar e fortalecer pessoas, uma estratégia para unir trabalhadores(as) dos níveis primário e secundário, especialmente, aquelas e aqueles especializados em saúde mental.

Já que não podíamos propor algo desta natureza, altamente dependente de tecnologia virtual, a usuários(as) de saúde mental e à comunidade, que sempre foram participantes principais de outras iniciativas de extensão universitária para o LEV Ampliado, em diferentes projetos, a ideia de amparar trabalhadores(as) foi prontamente acolhida por nós e pela Secretaria Municipal de Saúde de Salvador, com participação de colegas da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia.

Embora esta coletânea seja um esforço acadêmico intelectual e conte com textos de renomados(as) pesquisadores(as), professores(as) universitários(as), seu forte é a narrativa de profissionais em autoria ou coautoria conosco, entre si, com mediadores(as) ou em escritos que, subsidiados por inquietações expressas nas rodas, foram expressos em relatos, ensaios ou cartas. Somos 36 autoras e quinze autores, cúmplices na aposta de usar nossos saberes mais uma vez para a promoção da saúde, em oposição à barbárie, valorizando experiências profissionais em saúde. Esta afirmação também adverte aqueles e aquelas que esperam que todos os escritos qualificados sejam exclusivamente frutos de relatos de pesquisa, quiçá empíricas. Não

se trata apenas de "pesquisas", mas de qualificada produção de conhecimento na extensão universitária realizada por pesquisadores(as) que compõem o Programa de Pós-Graduação em Psicologia (PPGPSI/UFBA) e outros programas de universidades públicas e filantrópicas no Brasil. Além da produção de conhecimento, os textos aqui apresentados cumprem a função de dar visibilidade ao compromisso social do PPGPSI/UFBA.

Este livro foi editado por nossa editora universitária, a Edufba, a quem, no nome de Flávia Goulart Mota Garcia Rosa, agradecemos. Reconhecemos o trabalho primoroso de Bárbara Jennifer e Ugo Almeida, que fizeram a primeira revisão de todos os textos que compõem a coletânea, aperfeiçoando-os para o envio à Edufba. Somos igualmente gratas ao recurso do PROEX/PPGPSI/UFBA, recurso público sem o qual não poderíamos seguir na segunda etapa do nosso trabalho: registro e divulgação de conhecimento.

Queremos compartilhar e sublinhar que este recurso é o somatório de auxílios individuais das pesquisadoras integrantes do PPGPSI do Instituto de Psicologia da UFBA que buscaram investir na generosidade institucional, com a junção de pleitos num esforço coletivo. Uma das acepções da palavra generosidade é "virtude de quem compartilha por bondade", mas o que queremos ressaltar com esta palavra é a etimologia. Do latim *gens*, "gerar ou fazer nascer", por oposição à competição acadêmica e ao racismo institucional, indica atenção permanente para juntos e juntas ultrapassarmos negativas e, por vezes, paralisantes forças institucionais.

O LEV Ampliado pratica o princípio da indissociabilidade ensino, pesquisa e extensão, não por diletantismo, embora seja realmente um prazer fazer como fazemos, mas porque este princípio dá sentido à vida universitária, quando alimentado pela generosidade institucional que almejamos promover. Somos mesmo inspiradas pela formação e atuação como beija-flores, como denomina o querido professor Jairnilson Paim para se referir à noção de "sujeitos anfíbios" de Naomar de Almeida Filho, igualmente querido professor, buscando uma "formação transdisciplinar" para abordar a saúde mental como "objeto complexo". Não há neste grupo e entre nossos(as) convidados(as) homogeneidade teórico-metodológica, mas há afinidades, cultivo do aroma da diversidade, gosto pelas discussões e exposições de pontos de vista e sabor pelo debate; há compromisso ético-político sobretudo. Há, portanto, cores e nomes. Em saúde mental, as exigências do cuidado são acompanhadas do lidar com o estigma, com o descaso, com o sofrimento ora negado, ora desqualificado. Para tanto, a aposta é a intensificação do cuidado, a manutenção da presença, diria o psicólogo, poeta, professor e pesquisador MVMatraga. Há que favorecer metamorfoses como fazem as borboletas, cuja presença em um ambiente indica saúde.

Como diz Raul Seixas, o mais cantado entre pessoas da saúde mental: "Eu prefiro ser essa metamorfose ambulante/ Do que ter aquela velha opinião formada sobre tudo". Podemos ouvir Xuxu Beleza, atriz do grupo de teatro Os Insênicos, no palco, na *Parada do orgulho louco*, nas ruas de vários 18 de maio a cantarolar com seus companheiros(as) e a palestrar nas *lives*. Ela é uma das que diz – e está gravado no I Congresso Virtual da UFBA, realizado entre os dias 18 e 29 de maio de 2020[1] – em sua palestra que aprendeu com Edna Amado: "somos sujeitos de direito e não objeto de estudo", e lembra a pergunta que MVMatraga lhe fez, em um dos seus últimos encontros: "*'Você sabe, Xuxu, onde é o lugar de louco?' Eu disse, 'não'. Marcus, então, me respondeu: 'Ocupando todos os espaços'*".

Ao decidirmos dedicar este livro-registro a Marcus Vinicius de Oliveira e a Edna Amado, colegas da luta antimanicomial, estamos fazendo apenas jus às suas significativas contribuições nas últimas décadas. Em torno dessas duas pessoas aqui nomeadas há certamente muitas outras que, esperamos, sintam-se representadas. Além disso, trabalhadores(as), que dão o tom e compasso ao que é compartilhado neste livro, foram formados(as) por estas duas pessoas incrivelmente generosas com seus saberes e com os saberes das pessoas que necessitam dos serviços de saúde mental.

Convidamos parceiros(as) a escrever conosco, propondo formatos variados: textos, ensaios, relatos e cartas. Os dois primeiros mais clássicos, certamente, mas que trazem um estilo fluido, autoral, poético, estético. No convite para escrever ensaio, quisemos nos aproximar do clima vivido por aqueles(as) que participaram de uma única e intensa roda, e que têm agendas superlotadas pela dedicação a outros investimentos no enfrentamento da pandemia da covid-19, visando sintetizar ideias, com menção a algo que naquele encontro tenha despertado ou que pudesse despertar estima naqueles(as) que esperamos alcançar com esta coletânea.

O objetivo é apresentar e discutir os temas das rodas de conversas promovidas pelo Programa Emergencial de Extensão Pensar junto/Fazer com: saúde mental em tempo de covid-19, criado especialmente no momento inicial do distanciamento social solidário/científico decorrente da pandemia, visando oferecer reflexões em primeira pessoa do singular ou do plural, mas sempre ressaltando desafios e invenções de profissionais de saúde e nossas. Quando nos faltaram as palavras, mas não só por isso, buscamos expressar o que sentimos e construímos de modo afetivo-institucional em desenhos de uma de nós, Mônica Lima, que estão na abertura de cada

1 Mesa "Gênero, Raça, Saúde Mental e Covid-19". Participantes: Laura Augusta de Almeida, Anne da Maia, Rosangela Janja Araújo, Helisleide dos Santos (nome artístico Xuxu Beleza), Annemone Paz. Disponível em: https://Magalhães.youtube.com/watch?v=jYXl8FUyKmo.

seção e, principalmente, na capa do livro, que contou com a expertise do designer gráfico Diego Almeida. A coletânea foi, então, organizada em cinco seções, com 24 textos e dois poemas.

A coletânea *Pensar junto/Fazer com* começa e termina com dois poemas viscerais, de companheiros(as) na luta antimanicomial e antirracista, versos que nos lembram, um, as injúrias do capitalismo, e outro, a falta de ar para algumas pessoas (e não para outras), um dos reflexos do regime antidemocrático e beligerante em que vivemos. Eles expressam poeticamente muito mais do que o tempo difícil da nossa vivência na pandemia da covid-19. A estranheza da pandemia transborda desde a capa cujas margens expressam o corte, a interrupção, mas também sugerem novas formas de apresentar o conhecimento científico, pensando junto/fazendo com.

Por sua vez, os textos que a compõem trazem e atraem análises críticas, cooperação, solidariedade, inventividade e potências. Almejamos que seja um incentivo para novos projetos e descobertas de quem nos lê. O livro é um mosaico de narrativas aglomeradas e fixadas por um cimento: nossa disposição ativa de pensar e fazer coisas juntos(as), mesmo quando tudo parece confluir para a dispersão, para a solidão, para o cuidar exclusivamente da própria vida e padecer só a própria morte. O mosaico tem vários tons, cores e cheiros sobre a saúde mental na pandemia, que ainda se arrasta levando desigualmente pessoas, aqui representadas especialmente por loucos e loucas, que fazem parte dos grupos vulnerabilizados. Neste mosaico, há relatos e reflexões de profissionais e gestores(as) de saúde, pesquisadores(as), professores(as), extensionistas, mestrandos(as), doutorandos(as), graduandos(as), todos(as) nós, pessoas em formação, somando vozes complementares e consonantes com a vida.

Na primeira seção, "Pensar junto/fazer com em saúde mental na universidade: indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão", foram incluídas quatro narrativas visando situar o contexto geopolítico da saúde mental no qual estamos desenvolvendo o programa, o estado da Bahia e, especialmente, a cidade de Salvador. O primeiro texto, "Investimento humano coletivo em saúde mental: uma parceria afetivo-político-institucional", foi escrito por mim, Mônica Lima, coordenadora do programa, e Allann Carneiro e Leila Grave, representantes da Secretaria Municipal de Saúde de Salvador, nossa principal parceira institucional. No ensaio, indicamos caminhos trilhados para selar a parceria e fazemos uma breve avaliação do processo que desenvolvemos em parceria interinstitucional. O segundo texto, "Pensar junto, fazer com: princípios teórico-metodológicos do trabalho grupal", é uma coautoria entre duas professoras do PPGPSI/UFBA, Mônica Lima e Denise Coutinho, e Ana Carolina Medrado, doutoranda do mesmo programa. O texto conta passos, pis-

tas e decisões tomadas no grupo de trabalho institucional, sintetizando algumas noções significativas da produção de conhecimento a partir da extensão universitária, ao mesmo tempo em que evidencia marcos teóricos que nos orientaram. Em seguida, "Ensaio sobre crise(s), saúde mental e contexto soteropolitano da pandemia da covid-19", escrito por Marcelo Magalhães Andrade, Francisco Pereira, Clafylla Oliveira, Amanda Magalhães Souza, Rafael Baquit Campos e Bianca Santos. O texto é fruto das inquietações de uma da primeiras rodas do programa, mediada pelo médico psiquiatra Rafael Baquit Campos, membro-fundador do Coletivo Balanceará de Redução de Danos, e que expressa medos e temores frente ao desconhecido vírus e suas consequências no mundo do trabalho, na saúde e na educação, associado a uma revisão aprofundada da literatura disponível sobre o tema até aquele momento. Estes dois últimos ensaios compõem um esforço de oferecer os princípios que nos impulsionaram à realização do programa e o método de trabalho multicolorido que fomos construindo ao longo do seu desenvolvimento. Finalizamos esta seção buscando escapar do cinzento árido das aflições com "Reforma psiquiátrica brasileira & mapeamento pré-pandêmico em redes de saúde mental de Salvador/BA: a rede que temos, o modelo de assistência possível", escrito pelo professor Marcelo Magalhães Andrade (UFBA), dois estudantes de graduação em Psicologia, Francisco Pereira e Bianca Araújo, a psicóloga Amanda Magalhães Souza e a mestranda Clafylla Oliveira, do PPGPSI/UFBA. Destaca-se ali a sistematização da rede de saúde mental, incluindo uma exposição gráfica muito útil para visualizarmos a timidez cinzenta da adoção de modelos substitutivos neste cenário e as repercussões para a política de cuidado na área.

A segunda seção foi organizada em torno da temática "Cotidianos institucionais, territoriais, afetivos e afetados pela pandemia da covid-19". Abre esta seção o texto "Práticas possíveis no contexto da pandemia da covid-19: relato de experiência da Educação Física com a comunidade do Caps Eduardo Saback", de Joana Paula Pugliese de Mendonça (Centro de Atenção Psicossocial/Secretaria Municipal de Saúde – CAPS/SMS), que abre as portas já semiabertas do Caps onde trabalha para contar seu cotidiano de trabalho, motivada também pela roda que mediou no programa com Severo-Junior. Contamos com o texto "Trocas de cartas afetivo-teóricas sobre o trabalho em saúde mental em tempos de covid-19", escrito pela professor Mônica Lima, o psicólogo-residente e agora mestrando PPGPSI-UFBA João Batista B. B. Alves, e Fernanda Rebouças, psicóloga do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (Nasf/SMS). Aqui, nomeiam-se medos, inconstâncias, desafios e apego às forças que brotam neste encontro acadêmico entre três gerações diferentes no ensino, na pesquisa e na extensão em saúde mental, na UFBA, no Caps e na atenção primária.

Na sequência, Emerson Elias Merhy (UFRJ), que mediou uma das rodas mais cheias e vibrantes, com o ensaio "Fazer com, pensar junto: práticas territoriais de cuidado em tempos de covid-19: algumas reflexões sobre vida, cuidado e linhas de fuga", valorizando as palavras de profissionais de saúde, ofertando um profícuo e autoral vocabulário de noções e conceitos instigantes, para o trabalho no campo da saúde. Gastão Wagner de Sousa Campos (Unicamp), em "Perplexidades de um sanitarista em plena pandemia", escreve uma carta marcante, abrindo seu coração fisgado mais uma vez pela necessidade de estar sob efeito do apoio Paideia, que praticou, teorizou e nos inspirou a todo momento. Conta sua experiência como sanitarista e cidadão, em primeira pessoa do singular, para expressar o desejo de estar em coletivos que defendam a vida, contribuindo para o enfrentamento da pandemia e dos impedimentos pessoais, bem mais políticos, seria melhor dizer, dessa aspiração. Publicamente, nós do LEV Ampliado é que agradecemos a sua honrosa presença em duas das mais instigantes rodas. Ana Carolina Medrado e Mônica Lima (PPG/PSI/UFBA) fecham esta seção como o capítulo "Cuidado comprometido com a minha vida e com a tua: sobre a construção coletiva da saúde mental na Atenção Básica e suas implicações durante a pandemia de covid-19". Inspiradas pela tese em andamento da primeira, elas destacam a potência do cuidado em grupo de mulheres em saúde mental na atenção básica, trabalho iniciado com o início da pandemia e amaciado pela poesia de Thiago de Mello.

Na terceira seção, "Potências do brincar, do atuar e inventividades no cuidado em saúde mental", temos inicialmente o ensaio "Saúde mental infantojuvenil e a pandemia de covid-19: tecendo saberes em torno da fogueira de Xangô", em coautoria do doutorando Emiliano David da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP), integrante do Instituto AMMA Psique e Negritude, e das professoras Vládia Jucá (UFC) e Vania Bustamante (PPGPSI/UFBA). Os dois primeiros mediaram uma roda coordenada pela terceira autora e registraram aqui suas contribuições teórico-práticas e de profissionais de saúde. Em "Peculiaridades da clínica e do cuidado a crianças e adolescentes em sofrimento psíquico", temos a palavra do psicanalista Luiz Mena, mediador de uma roda especial pelos dez anos do Projeto Brincando em Família, criado pela professora Vania Bustamante (PPGPS/UFBA). Nesse ensaio, encontramos reflexões da clínica em torno do cuidado a crianças e adolescentes, reflexo da experiência profissional do autor. Ainda em comemoração ao referido projeto temos o ensaio "Cuidado a crianças e suas famílias em tempos de pandemia: a experiência do projeto de Saúde Mental Brincando em Família", escrito por três psicólogas, Niara Querino, Elisabete Reis e Narla Fernandes, formadas na UFBA sob a orientação da criadora do projeto e que continuam em produtivas par-

cerias. Celebra uma das experiências mais exitosas do IPS/UFBA e expõe noções, métodos, conquistas e desafios do Brincando em Família, uma contribuição conectada ao princípio de indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão. "Práticas de cuidado para crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade: inventividades necessárias" segue o mesmo princípio da indissociabilidade. Foi escrito pelas professoras Suely Aires, Vania Bustamante e Juliana Prates Santana, todas do PPGPS/UFBA, pela psicóloga Laís Flores e pelo psicólogo Lucas Vezedek. Nestes dois grupos, há psicólogas(os) que foram supervisionadas desde a graduação pelas professoras e que seguem em conexão, ora recebendo novos estudantes em seus locais de trabalho, mantendo a dinâmica entre um dia ser supervisionando(a) e em outro exercer a preceptoria, ora produzindo conhecimento em seus grupos de pesquisas. Contamos ainda com o texto "O cuidado à saúde mental no contexto da pandemia: desafios da produção de cuidado nos Centros de Atenção Psicossocial da infância e adolescência", escrito por duas psicólogas de um Caps da SMS, Carolina Pinheiro Moreira e Suely Maria Costa Lôbo, participantes das rodas e parceiras de organização do programa. No ensaio, elas relatam reflexos da pandemia, não apenas para crianças e adolescentes, mas para mulheres de famílias monoparentais. Destacam a sobrecarga do cuidado no cotidiano marcado pelo distanciamento social e os desafios do apoio centrado muitas vezes nas inventividades das autoras para continuarem acompanhando aquelas famílias. No capítulo "Poéticas da loucura e o brincar de viver: artes cênicas e saúde mental", Fernanda Colaço (arte-educadora), que mediou com Paulo de Tarso de Castro (terapeuta) uma das rodas, e a ex-orientadora de doutorado de Fernanda, a professora Denise Coutinho (PPGPSI e PPGAC/UFBA), nos brindam com reflexões sobre a arte teatral como potência para o cuidado em saúde mensal. Por fim, e não menos precioso, as professoras Juliana Prates Santana (PPGPSI/UFBA) e Adriana Férriz (PPGSS/UFBA) descrevem em uma carta tocante o "Carta às crianças na UFBA: relato de um projeto de extensão em tempos de pandemia", com as graduandas Larissa dos Santos Fraga e Amanda Vanessa Leite Sousa, do IPS/UFBA, dos cursos de graduação de Psicologia e Serviço Social, respectivamente, destacando princípios, teoria e métodos que sustentam o projeto de extensão, ensino e pesquisa, e contextualizando seus desafios e adaptações para o modelo não presencial.

Na quarta seção, "Saúde mental, atravessamentos políticos e raciais no cuidado e no processo de trabalho", temos alguns ensaios surgidos da inquietação de trabalhadores(as) em relação a reflexos político-técnicos na organização dos processos de trabalho. Em uma das rodas, um grupo de profissionais relatou que um dos seus efeitos foi a (re)organização do movimento de trabalhadores(as) na saúde mental.

Nessa direção, convidamos a professora Lumena Almeida Castro Furtado (Unifesp) e o professor Arthur Chioro (Unifesp) que mediaram uma roda sobre a temática. Trata-se do ensaio "Desafios e invenções na produção do cuidado em tempos de pandemia", que contém, entre outras passagens, encantamentos de Cora Coralina e Manuel de Barros. Ali, refletem sobre os efeitos da não centralidade da saúde mental nos muitos planos anunciados de enfrentamento da pandemia, os desafios em torno da organização do setor saúde, incentivando que as pessoas saiam de sua zona de conforto para atender outras que estão em maior vulnerabilidade, promovam novas formas de conexão, aludindo à potência dos territórios. Ana Marta Lobosque, psiquiatra na Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, que também mediou uma outra frutífera roda, organizou suas contribuições em um manifesto corajoso e intenso, como lhe é peculiar, denominado "Saúde mental: cuidado, convívio e luta em tempos de isolamento". Um texto maduro e corajoso desta incansável representante da luta antimanicomial no Brasil. Por sua vez, Paulo-de-Tarso Castro Peixoto, pós-doutorando em Psicologia no Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), músico, pianista, compositor e musicoterapeuta, escreveu o capítulo "Sinfonias geopolíticas de cuidado: saúde mental, heterogênese, vidas em rede – heterotopias e ambientalidades afetivas em tempos de covid-19", alimentado pelas discussões da roda que mediou com Fernanda Colaço. Neste capítulo, Paulo retraça sua trajetória em saúde mental a partir das multiplicidades da sua formação e rica prática profissional, tocando-nos com reflexões teóricas nos campos da música, da filosofia e da abordagem gestáltica. O lindo e forte ensaio de Mônica Gonçalves Mendes da Universidade de São Paulo (USP), "Raça, racismo e saúde: entendendo velhos conceitos, construindo um novo mundo", expressa um pensamento antirracista na saúde, urgente de se instalar como dimensão fundamental de qualquer novo regime. Por fim, e não menos oportuno, a professora Mônica Lima e Clafylla Oliveira e Danilo Carvalho, ela mestranda e ele mestre pelo PPGPSI/UFBA, escreveram "Matriciamento em saúde mental: um desafio anunciado e agravado na pandemia da covid-19". Este ensaio foi estimulado por uma das rodas mediada por Gastão Wagner Campos e busca sintetizar as discussões ali havidas com contribuições teóricas sobre a Atenção Básica, o Nasf e sua articulação para o apoio matricial em saúde mental, em sinergia com a atenção especializada em saúde mental.

Na quinta e última seção, "Assistência social, vulnerabilidades sociais e saúde mental", contamos com três textos. Ananda Genonádio, Natalie Santos B. Tedesqui e a professora Suely Aires (PPGPSI/UFBA) escrevem "Covid-19 e a população em situação de rua: práticas de cuidado desenvolvidas em Salvador-Bahia", descre-

vendo o Projeto Corra pro Abraço, e dão visibilidade a problemáticas enfrentadas por pessoas em situação de rua, com suas especificidades e desafios de cuidado. Nos dois últimos capítulos, o foco é novamente o trabalho de profissionais de saúde e da assistência social em perspectiva intersetorial. O professor Rafael Patiño da Universidade do Sul da Bahia (UFSB) e do PPGPSI/UFBA, e Gabriela Lamego (IHAC/UFBA) compartilham com Claudilene Gallina, graduanda do Bacharelado Interdisciplinar em Humanidades da UFSB, e Tatiana Barreto, assistente social do Nasf do município de Porto Seguro-Bahia, o relato de pesquisa "Uma perspectiva psicossocial da pandemia, em diálogo com experiências de profissionais de saúde e assistência social em Porto Seguro-Bahia", com um método de produção de conhecimento conectado à dimensão de extensão universitária. Neste capítulo, propõem uma reflexão sobre implicações psicossociais da pandemia em suas dimensões biológica, social, cultural, histórica, econômica e psíquica. Além disso, apresentam experiências de profissionais de saúde e de assistência social do município de Porto Seguro (BA), no contexto da sua prática profissional durante a pandemia. Em "Quem forma quem? Experiência de extensão universitária em tempos de pandemia com profissionais da política pública de assistência social", temos o escrito das professoras Luane Neves Santos e Inayara Oliveira de Santana, ambas da Universidade do Recôncavo da Bahia (UFRB), com as bacharelas em Saúde e graduandas em Psicologia, Evelin Fonseca de Sales, Raylane Mendes de Souza, Jessica Cerqueira de Andrade, Thayná Stelma Barros Rangel. O projeto relatado foi desenvolvido concomitantemente ao Pensar junto/Fazer com, entre abril e dezembro de 2020, na cidade de Santo Antônio de Jesus, oferecendo uma estratégia de apoio e cuidado entre aquela universidade e profissionais da política pública de assistência social do referido município em resposta aos desafios postos pela pandemia associada ao novo Coronavírus (SARS-CoV-2). Ambos os grupos, da UFBA e UFRB, além do grupo da UFSB, foram motivados e motivadores da parceria interinstitucional, articulados na proposição da roda inaugural "Refletindo coletivamente as incertezas: Psicologia, Emergências e Desastres e os desafios frente a pandemia do Coronavírus (covid-19)", em abril de 2020, mediada pela psicóloga formada pela UFBA, Fernanda Blanco Vidal, doutoranda em Psicologia Ambiental na The City University of New York (Nova York). Infelizmente, Fernanda não pôde escrever o relato para esta coletânea, embora tivesse vibrado com toda a movimentação que sua roda foi capaz de gerar. Ela, então, nos presenteou com a poesia "Between George Floyd and Amazonas or when the air became human rights", em que visceralmente reflete sobre o ar, desde suas memórias pretéritas de menina, para estranhar, no pretérito imperfeito, a falta de ar não como rebeldia, mas como consequente da política devasta-

dora que sentencia quem pode e quem não pode respirar, enquanto o mundo vive a pandemia da covid-19... Assim concluímos o livro, lutando por conjugar no infinitivo o verbo garantir: garantir ar como direito humano.

Há muitas vozes/pessoas neste livro-coletânea. Boa parte trabalha em universidades públicas e algumas em instituições filantrópicas de diferentes regiões do Brasil. A trajetória que traçamos juntas começou em março e terminou em dezembro de 2020. Foram 15 rodas de conversas impulsionadoras dos textos que aqui disponibilizamos. Quando pensar em nós, imagine um campo de girassóis. Somos nós, com você, compartilhando o sol no quintal da extensão universitária, e que queremos que seja também extrauniversitária.

Os capítulos, ensaios e cartas que compõem a coletânea podem interessar a uma diversidade de leitores(as). Estudantes e profissionais que não tiveram a oportunidade de participar das rodas certamente se identificarão com os escritos, com experiências e milagres (acontecimentos formidáveis). Aqui vocês encontrarão, além de uma produção de conhecimento submetida ao princípio de indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão, a generosidade interinstitucional – no sentido do pensar junto/fazer com – expressa em potência, acolhimento, dúvida e algumas sabedorias.

Neste momento em que ainda vivemos com perplexidade a pandemia de covid-19, seguimos com o lema *Educação contra a barbárie*, proposto pelo Reitor da UFBA, João Carlos Salles, que se opõe ao aniquilamento do ensino superior público, gratuito, de qualidade e inclusivo. Saudamos a universidade brasileira e nomeamos três universidades baianas, UFBA, UFSB, URFB, pelo empenho e colaboração nos escritos da coletânea, mas, sobretudo, pela oferta e parceria na estratégia de extensão universitária que nos qualifica. Além disso, destacamos o compromisso ético-político e a participação teórico-prática de colegas da Unicamp, Unifesp, UFRJ, UFC, USP, PUC/SP e CUNY-NY-USA, pelos corpos presentes pulsantes e impulsionadores nas rodas de conversas. Que não desistamos de ultrapassar juntos e juntas tempos de crise "sem sol, sem esperança e sem dó".[2]

30 de junho de 2021
Mônica Lima, Molije
Denise Coutinho

2 Verso final do poema "Tempo sem sol" de Marcos Vinicius.

1ª SEÇÃO

PENSAR JUNTO/FAZER COM EM SAÚDE MENTAL NA UNIVERSIDADE: indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão

Título da ilustração: *Encontro coletivo na pandemia*. Molije, 2021.

INVESTIMENTO HUMANO COLETIVO EM SAÚDE MENTAL

uma parceria afetivo-político-institucional

MÔNICA LIMA • ALLANN CARNEIRO • LEILA GRAVE

Introdução

Estamos aqui, escrevendo a seis mãos, mas representando aos menos uma centena delas, em mais um tarefa *on-line*, em 2021. Após a instituição de medidas restritivas para o controle da pandemia de covid-19, cuidando da saúde mental de usuários/as e da nossa própria. Nossos encontros começaram em março de 2020. Parece que foi tão distante e tão próximo. Muitas vidas hoje estão apenas em memória, mas não que isso seja pouco. Presentificar a vida eternamente é um dom, um privilégio, porém é algo que todas as pessoas que se mantêm aqui deveriam ter o direito de desenvolver. Vacina, leitos, oxigênio, testagem, máscara, álcool em gel… Tudo isso virou parte do nosso vocabulário mais do que frequente, assoberbou nosso cotidiano. Para muitos(as), o estado de vigilância deu-se diuturnamente. Uma de nós expressou assim o que sentia quando pensou na construção desse ensaio:

> Por vezes, sonho que encontro pessoas e elas estão de máscara. Estranho quando vejo um filme e posso ver o rosto inteiro dos atores e atrizes em uma cena em que caminham no meio da rua. Estranho quando vejo uma foto antiga de pessoas aglomeradas e, pasme, estranho quando assisto a um vídeo de pessoas que se encontram e se abraçam destemidamente. Que estranho sentir essa estranheza. Prefiro pensar que é uma estratégia de adaptação para a manutenção da vida. Ponto.

Quais sentimentos podemos expressar ao imaginar, ver e acompanhar aglomerações reais nos meios de comunicação, o número de hospitalizações e mortes que variam semana a semana nos boletins epidemiológicos, nunca chegando a um platô ou diminuindo o suficiente para aplacar a angústia que tem nos habitado, em vigília ou em estado onírico? O que sentimos quando as reportagens fazem silêncio para pessoas com necessidades de atenção sistemática à saúde mental, grupo historicamente marcado pelo descaso e estigma sociais? Por sua vez, nenhum(a) profissional de saúde imaginou viver tempos tão desafiadores como esses pelos quais estamos passando. Os desafios foram inúmeros em 2020 e podemos pensar que, nesse momento, transitamos entre a sensação de reedição e a inserção de novas vivências. Mas, talvez, essas novas ondas contra as quais remamos exaustiva e diuturnamente tenham um balanço diferente por conta do que foi elaborado ao longo de todos esses meses. Vimos muita coisa se asseverar: pobreza, miséria, sofrimento psicossocial, desemprego, violências, racismos… Vimos tudo isso se agudizar, se endurecer, mas também percebemos muita plasticidade acontecer. Essa adaptação para a preservação da vida tem sido fundamental. Ao longo de 2020, a universidade esteve tão junto de trabalhadores(as) da assistência à saúde e da gestão, através das rodas de conversa do Pensar Junto, Fazer com, que queremos relatar como isso foi se desenvolvendo. Não que não tivéssemos anteriormente momentos de proximidade, troca e construção coletiva, através de outros projetos de extensão, estágios e parcerias. Mas o momento nos convidou para outra lógica de fazer. Inicialmente, não se sabia o que seria feito; tratava-se de fazer algo enquanto esse algo se construía. Demos primazia às conexões pela vida.

Em março de 2020, quando se estabeleceram as medidas sanitárias de distanciamento, isolamento e quarentena pela pandemia da covid-19 não nos restava muito senão “medo”, sabíamos pouco ou quase nada sobre a sua história natural. Esse sentimento é expresso poeticamente na adaptação da canção “Pequeno mapa do tempo”, de Belchior:[1] […]

> Eu tenho medo de abrir a porta
> Que dá pro sertão da minha solidão
> Apertar o botão: cidade morta
>
> Eu tenho medo Barra-Rio Vermelho
> Eu tenho medo Centro-Histórico
> Eu tenho medo Liberdade

1 Canção “Pequeno mapa do tempo”, de Belchior. A adaptação faz alusão aos doze distritos sanitários de saúde da cidade de Salvador-Bahia.

Eu tenho medo Itapuã
Eu tenho medo Itapagipe
Eu tenho medo Brotas
Eu tenho medo Pau da Lima
Eu tenho medo Subúrbio Ferroviário
Eu tenho medo Boca do Rio
Eu tenho medo Cabula/Beirú
Eu tenho medo Cajazeiras
Eu tenho medo São Caetano/Valéria
Eu tenho medo Distritos Sanitário, Salvador-Bahia
[...]
Eu tenho medo e já aconteceu
Eu tenho medo e inda está por vir.

A alusão a todos os doze distritos sanitários de Salvador-Bahia, na canção, anuncia a velocidade da covid-19, que logo alcançou o patamar de infecção viral de transmissão comunitária em Salvador, em 2020, como em diversas outras cidades, estados e países, caracterizando uma pandemia, que teve como ponto de partida a cidade de Wuhan, na China. Essa condição que se instalou na vida de todos(as) com a presença insidiosa da covid-19 e seus efeitos nefastos levou-nos a começar escutando aqueles e aquelas que atuam na assistência às vidas humanas, na tão mencionada "linha de frente". Por isso, todos os nossos esforços se direcionaram para Pensar junto, Fazer com os(as) trabalhadores(as) da saúde, para lidar com o medo e suas consequências coletivamente. A rede de saúde de alguns países europeus já se mostrava caótica, assoberbada, e, logo, a do Brasil começou na mesma direção de colapso. Tivemos inúmeros momentos dramáticos na saúde pública/coletiva. Atualmente, enquanto escrevemos este relato de experiência, o Brasil amarga mais de 4 mil mortes diárias.[2] De forma geral, o poder público assumiu uma perspectiva hospitalocêntrica, com grandes investimentos para a construção de hospitais de campanha, a reativação de unidades hospitalares desativadas, definição de alas ou hospitais de referência para a covid-19, contratações emergenciais de profissionais de saúde para atuação hospitalar, transporte sanitário para os serviços hospitalares e até mesmo a transformação de unidades básicas em serviços com leitos para o atendimento e monitoramento de pessoas com covid-19. A despeito da disponibilidade desse tipo de assistência ser uma importante estratégia para o enfrentamento da crise sanitária, para alguns autores, tais medidas não justificavam a ausência de

2 Segundo site oficial do governo, em 8 de abril de 2021 foram registrados 4.249 óbitos. Incidência de 6363,9 por 100 mil/hab. Disponível em: https://saude.gov.br/. Acesso em: 1 dez. 2021.

incremento nos outros níveis de atenção à saúde. Naomar de Almeida Filho (2020), em entrevista, desde agosto de 2020, avaliava a negação do papel da atenção primária no enfrentamento da pandemia como sendo um obstáculo ao seu controle eficiente: "Avalio que os estados e municípios têm, em geral, falhado em não utilizar as redes de atenção primária à saúde com uma abordagem comunitária necessária para o enfrentamento da pandemia", conclui o pesquisador e professor.

Se a inclusão mais direta da atenção primária no enfrentamento da pandemia da covid-19 não foi consumada com a presteza e força necessárias, tratando-se de uma doença infectocontagiosa, onde estaria a saúde mental no rol das preocupações político-sanitárias? É preciso considerar que, inicialmente, nos primeiros meses de crise sanitária, houve um recuo dos serviços especializados de saúde mental e de atenção primária, cujas realidades não contavam com formas remotas de monitoramento e assistência, ocorrendo a suspensão de diversos atendimentos de rotina, de encontros grupais, de visitas domiciliares e uma forte campanha sanitária "fique em casa". Diante disso, como estariam os(as) usuários(as) com necessidades de atenção à saúde mental? Muitas dessas pessoas, que já vivenciavam exclusão social crônica, estariam esquecidas no meio do caos que estava se instalando.

Não tínhamos como entrar em contato com elas, mas poderíamos começar algo para apoiar os(as) profissionais de saúde, cuja prerrogativa de trabalho é a oferta de cuidado, o qual havia ficado muito prejudicado. Como educadores(as) e universitários(as), ainda não tínhamos conhecimento acumulado sobre o que estávamos vivendo. Nesse sentido, se ninguém sabia muito sobre abordagem psicossocial em tempos de covid-19, os(as) profissionais da linha de frente certamente sabiam mais do que ninguém sobre a ameaça à vida, bem como os desafios de construir estratégias de enfrentamento nas condições de trabalho em que se encontravam.

O recuo desses níveis de assistência ao contato com a população em sofrimento mental era uma preocupação para os(as) profissionais e gestores(as). Um dos princípios antimanicomiais estava comprometido: o relacional. Esse princípio é capaz de possibilitar o se fazer presente na eminência da crise, do aumento da angústia, do mal-estar psíquico e psicossocial. Com a medida sanitária de distanciamento social e seus impactos socioeconômicos no mundo inteiro, incluindo o Brasil, não sendo diferente no estado da Bahia e em Salvador, foi se tornando cada vez mais notório o comprometimento da saúde mental coletiva. Nessa direção, mais uma vez recorremos ao mestre e amigo Marcus Vinicius de Oliveira Silva, um dos nossos grandes inspiradores na articulação entre ensino, pesquisa e extensão; um dos maiores nomes na Bahia e no Brasil na defesa dos direitos humanos e luta antimanicominal. Sobre o cuidado em saúde mental, ele disse, em entrevista concedida à Noêmia Casais (2007, p. 17):

> A grande tecnologia é o investimento humano [...] ideia de promover um intenso investimento humano, cuidado como investimento humano, em prol das necessidades do sujeitou que está em crise ou deste sujeito psicótico no mundo, e ver como a gente pode fazer, através deste investimento, para produzir uma mudança em sua qualidade de vida, em sua posição no mundo, em sua liberdade.

Justamente porque compartilhávamos desse medo invisível e avassalador, que a pandemia de covid-19 propagava entre cidadãs e cidadãos, leigos(as) ou especialistas em saúde, causando-nos angústia, é que o Programa de Extensão Emergencial: Pensar junto, Fazer com: Saúde mental em tempos de covid-19[3] foi o nosso investimento humano e coletivo, senão para cuidar diretamente dos(as) usuários(as), então para apoiar os(as) profissionais que já lhe cuidavam e que demandavam espaço de elaboração sobre suas vivências e construção de resiliência no trabalho em saúde em um cenário, até então, nunca imaginado.

Essa iniciativa deu-se através de uma parceira do Instituto de Psicologia da Universidade Federal da Bahia (IPS/UFBA), através do Laboratório de Estudos sobre Vínculos e Saúde Mental (LEV Ampliado) com a Secretaria Municipal de Saúde de Salvador (SMS), particularmente, a Coordenadoria das Redes de Atenção à Saúde Psicossocial (SMS) e Coordenadoria da Atenção Primária (SMS).

"Pensou que eu ando só, atente ao tempo/não começa nem termina, é nunca, é sempre [...]/não mexe comigo/eu não ando só." As palavras que soam tão firmes na voz poética de Maria Bethânia anunciam grupos nessa ação institucional, pautada no tripé ensino, pesquisa e extensão. A equipe UFBA, composta por Mônica Lima, Denise Coutinho, Vania Bustamante, Suely Aires, Juliana Prates, Marcelo Magalhães Andrade e Lika Queiroz:[4] água, terra, fogo e ar. Nessa direção, foi se consolidando um grupo maior. Em relação à equipe da SMS, nomes como Allann Carneiro e Leila Grave são aqui registrados para representarem muitos(as) outros e outras trabalhadores(as) do Sistema Único de Saúde (SUS) na gestão. A proposta apresentada à SMS teve como finalidade "ofertar apoio técnico-científico aos(às)

---

3 Programa registrado na PROEXT/UFBA (Siatex-15035) e anuência selada em 29 de abril de 2020, da Coordenação de Gestão de Pessoa da Saúde e da Subcoordenação de Capacitação e Desenvolvimento de Pessoal da SMS/Salvador.

4 Professoras, pesquisadoras e extensionistas de projeto existentes na UFBA: Laboratório de Estudos Vinculares em Saúde Mental; Estudos sobre a Universidade (Cones); Projeto de Saúde Mental Brincando em Família; Psicanálise, Subjetividade e Cultura; Grupo de Estudos Interdisciplinares Infâncias (Crianças na UFBA); da Linha de pesquisa Psicologia, Clínica e Saúde do Programa de Pós-Graduação em Psicologia (PPGPSI-UFBA).

trabalhadores(as) e gestores(as) de saúde para identificação e análise de estratégias de cuidado em saúde mental e do processo de trabalho de pensar junto e fazer com os(as) profissionais da rede de saúde e da atenção psicossocial, considerando o sofrimento psíquico decorrente das situações concretas de existência, profundamente agravadas pelas crises sanitária e econômica da pandemia da covid-19". (LIMA et al., 2020)Entre os meses de março e dezembro de 2020, retomamos princípios antimanicomiais e fizemos quinze rodas de conversa sobre temáticas relativas ao cuidado em saúde mental, envolvendo, especialmente, profissionais da atenção especializada em saúde mental e da atenção primária à saúde, com destaque para os(as) vinculados(as) aos Centros de Atenção Psicossocial (Caps) e aos Núcleos Apoio/Ampliados de Saúde da Família (Nasf).

Realizamos três rodas antes de selar o convênio com a SMS e 12 após o registro da proposta e consolidação do processo de pactuação.[5] Nesses encontros, identificamos demandas, dentre elas, a necessidade de desenvolver estratégias alternativas de cuidado e atenção à saúde no contexto da covid-19. Os(as) participantes descreveram um panorama de grande complexidade para lidar com tais desafios, com destaque para três aspectos: a extraordinária força de trabalho e o engajamento de cada participante com seu ofício; a consciência do compromisso social desses(as) agentes em relação ao seu entorno, às(aos) usuárias(os) dos serviços, suas famílias e condições concretas de existência; e a necessidade de fortalecimento do SUS como política pública que não pode continuar sendo deslegitimada ou negligenciada. No caso do cuidado em saúde mental, construído árdua e efetivamente como modelo de atenção nas últimas décadas, com base territorial e vincular, vários foram os desafios postos pelas características de alto contágio, rápida disseminação e letalidade da covid-19.

A pandemia tem exigido também o recuo dos(as) trabalhadores(as) do território e restrições em relação ao espaço físico dos serviços, considerando, inclusive, o risco de infecção ocupacional que, no início da crise sanitária, era agravada pela ausência de vacinas desenvolvidas e a insuficiência de equipamentos de proteção individual (EPIs). Com a emergência da covid-19, algumas estratégias de telemedicina e telessaúde foram rapidamente implementadas no país, visando diminuir a propagação do vírus e levar assistência à população. Houve uma aposta no teleatendimento, que poderia auxiliar gestores(as) e equipes de saúde na organização dos serviços ofertados à população durante o período de transmissão comunitária em todo o território nacional.

---

5 Há um capítulo neste livro dedicado a descrever os princípios teórico-metodológicos que fundamentaram as rodas de conversa como método de trabalho grupal.

No nível federal, o Ministério da Saúde disponibilizou o atendimento pré-clínico, por telefone, *chat on-line* e WhatsApp, para a população, serviço de acompanhamento e monitoramento remoto dos casos suspeitos de covid-19 e ainda suporte para os(as) profissionais de saúde tirarem dúvidas por meio do número 0800-6446543. Em seguida, a Atenção Primária à Saúde desenvolveu uma plataforma para consultas virtuais, isto é, teleconsultas médicas, de enfermagem e multiprofissionais. Com o Consultório Virtual da Saúde da Família, todos os(as) usuários(as) com condições crônicas e outros problemas poderão ser atendidos(as) pelas equipes que já os(as) conhecem e com quem têm forte relação de cuidado. Ainda no âmbito federal/estadual, a parceria UFBA-Fiocruz-Sesab e universidades parceiras implementou o Telecoronavírus 155.

É nesse contexto que esse Programa Emergencial, (LIMA et al., 2020) inspirado no princípio da indissociabilidade do ensino, pesquisa e extensão, insere-se, apostando na construção coletiva e pactuada no trabalho grupal para identificação e aprimoramento de ações de cuidado e de produção de conhecimento qualificado junto à Secretaria Municipal de Saúde de Salvador. Nesses encontros, foram incentivados os relatos dos(as) participantes em relação ao tema com questões disparadoras, provenientes de abordagens teórico-práticas dos(as) facilitadoras(es) e mediadoras(es). Este ensaio tem como objetivo relatar alguns aspectos do nosso processo de parceria institucional, sendo um apelo para não invisibilizar o campo da saúde mental, particularmente, aqueles e aquelas que dependem do SUS para ter alguma qualidade de vida, bem como os(as) próprios(as) profissionais de saúde, que passam por um desafio cada vez maior de cuidar das pessoas que já acompanhavam, e aquelas que passam a necessitar desse tipo de cuidado em tempos de sofrimento psicossocial e covid-19.

Investimento humano coletivo: anotações afetivo-político-institucionais sobre o programa pensar junto fazer com

Durante o período em que as rodas ocorreram, os riscos de infecção ocupacional, transmissão familiar e para o(a) usuário(a) e a falta ou escassez de equipamentos de proteção individual (EPI) vinham comprometendo a integridade física e emocional, e fragilizando excessivamente cada um e cada uma dos(as) profissionais de saúde, repercutindo nas relações interpessoais das equipes em condições de trabalho. Essas já vinham sendo precarizadas pelos retrocessos a que o SUS tem sido submetido – ressaltamos aqui a restrição de recursos financeiros que o sistema vem

sofrendo nos últimos anos – (CRUZ; GONÇALVES; DELGADO, 2020; SILVA, 2018) e foram acentuados pela magnitude da pandemia de covid-19, (TEIXEIRA et al., 2020) que podemos sintetizar com o termo usado por uma das participantes: "violência institucional". Por outro lado, estar sob essa violência institucional permanente exige um pacto ainda maior com o trabalho colaborativo, criativo e respeitoso com o momento vivido por cada um e cada uma, que muda não apenas de um dia para o outro dia, mas ao longo do mesmo dia, como os relatos nas rodas estavam anunciando. Além disso, indica uma preocupação geral de compatibilizar o compromisso ético da assistência à saúde dos(as) usuários e com a própria saúde como trabalhador(a). Desafios para toda a Secretaria Municipal de Saúde de Salvador e demais equipamentos da Atenção Psicossocial, que precisarão não só da UFBA, mas das demais instituições de nível superior, e já estão contando com elas.

Ao longo desse breve e intenso percurso, foi possível organizar os relatos dos/as participantes em dois eixos de cuidado (Quadro 1), considerando as experiências, as incertezas, os desafios, as reivindicações, as pontuações técnicas, políticas e institucionais dos(as) trabalhadoras em suas iniciativas individuais, em equipe e territoriais que buscavam reorientar o processo de trabalho, sendo realistas em relação às condições existentes.

Quadro 1 – Eixos de cuidado para reorganização do processo de trabalho na pandemia covid-19

EIXO DE CUIDADO	DESCRIÇÃO	ESTRATÉGIAS DE ABORDAGEM
Saúde do(a) cuidador(a)	Relatos sobre o risco de infecções ocupacional, familiar e profissional-usuário(a) por covid-19, considerando demandas específicas das condições singulares de saúde de grupos de trabalhadores(as).	Espaço grupal regular para a equipe ser acolhida de acordo com pactos possíveis por equipamento. Espaço grupal para a equipe refletir sobre a reorganização do processo de trabalho. Espaço de acolhimento individual que supra necessidades diferenciais de apoio ao(à) trabalhador(a). Espaço de negociação com a SMS/Salvador para garantir condições seguras de trabalho (EPIs, telefonia e internet, transporte, testagem etc.).

EIXO DE CUIDADO	DESCRIÇÃO	ESTRATÉGIAS DE ABORDAGEM
Saúde do/a usuário/a	Relatos sobre o desafio de assistir os(as) usuários(as) na pandemia de covid-19 e manter os princípios ético-assistenciais antimanicomiais, da clínica ampliada e compartilhada articulada desde a atenção primária à saúde, passando pelos níveis especializados e intersetoriais.	Orientações socioeducativas compatíveis com as demandas territoriais e do equipamento de saúde ou da atenção psicossocial. Adequação das ações de cuidado compatíveis com as condições de infraestrutura e busca de definição de projetos singulares de cuidado. Manutenção de apoio matricial, visita domiciliar, intervenções territoriais com segurança e condições de trabalho adequadas.

Fonte: elaborada pelas(os) autoras(es).

No quadro, *saúde do(a) cuidador(a)* diz respeito ao impacto da pandemia no processo de trabalho das equipes de trabalhadores(as) e a necessidade de criar espaços individuais e, principalmente, grupais para lidarem conjuntamente com os efeitos diários do trabalho em condições precarizadas. Nesse sentido, em junho de 2020, a Secretaria Municipal de Saúde de Salvador iniciou a implantação dos Núcleos de Apoio e Atendimento ao Trabalhador (Naat) como resposta institucional a algumas dessas demandas. A iniciativa integra o Plano de Contingência para Trabalhadores da Secretaria Municipal de Saúde de Salvador covid-19. (SALVADOR, 2020) Os Naat oferecem serviços exclusivos para trabalhadores(as) da rede, como a realização de testagem de casos suspeitos de covid-19, orientação, afastamento e monitoramento da saúde desses(as) profissionais, bem como apoio psicológico para aqueles(as) em sofrimento psíquico, além de iniciativas voltadas para o bem estar e qualidade de vida, como a oferta de Práticas Integrativas e Complementares (PIC).

O eixo *saúde do(a) usuário(a)* está relacionado à motivação primeva dos(as) participantes em utilizar o espaço coletivo das rodas para trocar inquietações e queixas, e também iniciativas de ações novas ou remodeladas para esse momento de pandemia de covid-19 (Quadro 1).

Nessa direção, percebemos que se tem desenhado a imperiosa necessidade de manutenção dos princípios antimanicomiais no cuidado com a saúde mental de todos(as). Estamos cada vez mais alertas de que não podemos ignorar marcadores sociais (gênero, raça/cor, classe social) que expressam aspectos diferenciais, desiguais

e injustos do processo saúde-doença-cuidado, na construção coletivizada institucional de estratégias de enfrentamento da covid-19. A presença insidiosa da covid-19 e seus efeitos nefastos exigem continuidade e fortalecimento de estratégias institucionais coletivas para que aqueles e aquelas que estão na ponta, na linha de frente, encontrem-se com suas equipes e com a gestão da saúde no desafio cotidiano de reorganizar o processo de trabalho com a garantia de segurança no trabalho.

Além disso, durante esse período das rodas, a SMS esteve concomitantemente elaborando notas técnicas[6] para reorganizar fluxos e processos de trabalho com seus grupos de atuação internamente. Na Coordenadoria das Redes de Atenção à Saúde Psicossocial, uma grande preocupação, que tomou toda a equipe, foi a necessidade de interromper as principais estratégias de cuidado nos Centros de Atenção Psicossocial (Caps): grupos e ações no território. A perspectiva do cuidado na atenção psicossocial é completamente relacional e coletiva. Como sujeitos, nós nos constituímos em relação. (PROGRAMA RADIS DE COMUNICAÇÃO E SAÚDE, 2020; SILVA, 2007) Não é possível entender o adoecimento psíquico como algo individual. Portanto, como fenômeno produzido no coletivo, a melhor forma de cuidar e promover saúde é através de intervenções sócio-relacionais coletivas. (RENTE; MERHY, 2020) Na primeira nota técnica produzida e divulgada, dentre outras orientações, estava a interrupção das atividades grupais, bem como restrições das ações territoriais como os atendimentos domiciliares, principalmente. Foi muito interessante perceber como as equipes agiram de modo diverso. Algumas suspenderam os atendimentos grupais, mesmo antes da publicação do documento institucional. Umas suspenderam todos os atendimentos, inclusive os acolhimentos diurnos. Outras mantiveram essa modalidade.

Na produção das notas técnicas seguintes, já foi possível uma participação mais coletiva com o apoio da UFBA, através do Instituto de Psicologia e da Escola de Enfermagem, Técnicos(as) da Coordenadoria, apoiadores(as) institucionais e profissionais da assistência, sendo necessária a integração de diversos atores e atrizes. As rodas promovidas pelo Programa Pensar junto, Fazer com foram espaços privilegiados para ouvir e entender os(as) trabalhadores(as) e a dinâmica de funcionamento de cada serviço. Esses encontros virtuais promovidos pelo programa foram tão potentes que impulsionaram a organização dos(as) trabalhadores(as) da assistência para dialogar com a Coordenadoria das Redes de Atenção à Saúde Psicossocial e questionar posicionamentos e promover reflexão a partir do ponto de vista

6 Por exemplo, Nota Técnica Novo Coronavírus nº 1/2020, de 19 de março de 2020; Nota Técnica Novo Coronavírus n°2/2020, de 20 de março de 2020; Nota Técnica Novo Coronavirus DAS/CRP n° 2/2020, de 16 de abril de 2020; e Nota técnica DAS/CRP nº 1/2020.

desses(as) trabalhadores(as). Esses encontros não tiveram continuidade, alguns e algumas dos(as) participantes precisaram se afastar.

Em julho de 2020, cinco meses depois do início do processo, decidimos, em uma das reuniões de trabalho, aplicar um questionário para avaliar os nossos encontros com os(as) trabalhadores(as). Fizemos isso na 15ª roda. Tínhamos adotado a avaliação participativa, com expressões espontâneas durante o próprio encontro, verbalmente ou escritas na caixa de dialogo da plataforma digital utilizada, já que toda esta parceria ocorreu *on-line*. No entanto, com a iniciativa do questionário, queríamos favorecer que algo fosse dito com mais liberdade, aquilo que não pôde ter sido dito publicamente na rede digital.

Nessa direção, ressaltaremos algumas percepções dos(as) 39 trabalhadores(as) que responderam o questionário *on-line*, de um total que variou de 35 a 132 presenças, a depender da roda. A maioria dos(as) participantes que respondeu estava vinculada à Secretária Municipal de Saúde de Salvador (69,2%); os demais integrantes estavam em outras unidades de saúde do Estado da Bahia. Em relação ao nível de assistência de alocação, 30,8% atuava na atenção primária e 43,5% na atenção especializada, principalmente em centros de atenção psicossocial em saúde mental. No que diz respeito à modalidade de trabalho, 46,2% deles(as) estavam trabalhando presencialmente e exclusivamente nos equipamentos de serviço, 35,9% exclusivamente em casa e 15,4% parcialmente na residência e no serviço.

Entre os(as) respondentes, a maioria participou da discussão do tema saúde mental infantojuvenil, crise em saúde mental e reflexões sobre práticas territoriais. Do total, 76,9% afirmou que as rodas foram úteis para a organização do processo de trabalho que desenvolviam na época, 20,5% as considerou parcialmente úteis e os demais responderam que não. A positividade foi também ressaltada em respostas abertas. Na tentativa de categorizar as narrativas, podemos destacar três dimensões discursivas.

A primeira dimensão diz respeito ao ganho profissional e também pessoal, que podemos sintetizar com o termo "profissional pessoal-cidadão(ã)": "temas ricos e profundos trouxeram reflexões também enquanto ser humano e cidadã"; "Discutir como qualificar a atenção à crise articulada às possibilidade de integração dos serviços da Raps e seus distintos territórios, sempre amplia a minha percepção de atuação cidadã"; "Auxilia a percepção do outro enquanto pessoa, com suas subjetividades e histórias que vão muito além de um transtorno mental."

A segunda está relacionada às expressões que remetem a um posicionamento político-profissional: "Me fortalecem politicamente"; "Sobretudo no que tange ao aspecto da militância". A terceira dimensão enfatiza o técnico-profissional: "Foi

extremamente importante conhecer as estratégias de cuidado coletivo que estão sendo desenvolvidas nesse período tão difícil, além de reconhecer a centralidade do cuidado inventivo da clínica psicossocial"; "Para mim foram fundamentais! O exercício diário da prática com as questões e dificuldades do contexto nem sempre me permite um momento de reflexão para revisão das práticas em saúde que temos. O espaço para um debate foi fundamental para iluminar algumas ideias, construir novas pontes de discussão e trazer fôlego para nós profissionais que nós sentimos tão cansados dentro deste contexto atual de pandemia! As rodas tiveram um padrão de excelência para mim tanto na escolha dos temas quanto das pessoas que falaram sobre os temas escolhidos".

Levando em conta a participação no programa, 100% dos(as) respondentes afirmaram ser a favor de estratégias de educação permanente como as roda ou atividades grupais similares. Além disso, todos(as) concordaram que a escolha dos(as) mediadores(as) convidados(as) foi pertinente e a percepção sobre a participação deles e delas é muito positiva, para 94,7%, apenas uma pessoa se posicionou como sendo indiferente. Do total de respondentes, 89,7% se avaliaram como tendo acesso a informações novas, por meio das rodas de que participaram.

Embora 48,7% dos(as) respondentes(as) tenham expressado que tiveram oportunidade de compartilhar as discussões nos serviços que atuavam, 28,2% disseram que não e 23,1% avaliaram que compartilharam parcialmente. Entre os obstáculos ao compartilhamento mencionados, destacam-se, em respostas abertas: "Considero que não, pois a minha equipe estava num momento de muita resistência e retração, não demonstrando interesse por essas atividades"; "Não disponibilizamos de equipamentos e internet para essas atividades, infelizmente!"; "Acho que não foi dada a devida importância pela gestão da SMS Salvador a essa atividade, nem as gestões locais nos Caps. São espaços pouco valorizados pela gestão, não sendo facilitado o acesso dos trabalhadores"; "a participação nas rodas ficou atrelada a um interesse individual. Mesmo a coordenação do serviço participando da maioria delas, não ouvi uma menção sequer sobre a discussão nas reuniões técnicas". Essas percepções alertam-nos para os entraves cotidianos de como incorporar a educação permanente em saúde aos cenários vivos e concretos dos serviços, sejam os de iniciativa de extensão universitária ou os da própria Secretaria. Como destaca a revisão de literatura de Mússio Mattos e colaboradores (2020, p. 1293), a educação permanente é um grande desafio no campo da saúde mental, eles(as) advertem-nos que há ainda "ausência da educação permanente como uma política institucional, além do fato de as ações de formação desenvolvidas ainda estarem distantes das transformações desejadas no âmbito da saúde mental."Chamamos a atenção que 74,4% das respostas sobre ter participado

das rodas como uma ação que ajudou a lidar melhor com alguma situação no serviço foi positiva. No entanto, houve respostas daqueles(as) que expressaram que ter participado auxiliou parcialmente (20,5%) e não auxiliou (5,1%). Esses dados remontam à reflexão de que a complexidade dos fenômenos exige estratégias diversas e complementares. Socializamos algumas narrativas sobre a questão: "Retomada do fôlego para criar novas estratégias de cuidado. Inspirações."; "As rodas foram um espaço importante de sustentação do cotidiano, além de funcionar como um "respiro" numa rotina tão difícil e desgastante"; "a pensar na reorganização dos processos de trabalho para o enfrentamento da pandemia". Essas narrativas não se diferenciam das demais nas quais é apontada uma positividade para estratégias grupais, como as rodas, mas sugere que atentemos para a sua permanência e continuidade e, mais do que isso, para a sua inscrição localizada em cada um dos serviços, fazendo, de fato e de direito, a educação permanente no cotidiano das unidades, valorizando os encontros e trocas *in loco* entre os(as) integrantes das equipes. Nessa direção, a análise critica do que vem sendo produzida na área sobre o tema por Mattos e colaboradores (2020, p. 1294) conclui:

> Este estudo possibilita colocar o processo de EPS (educação permanente em saúde) nos Caps (centros de atenção psicossocial) em evidência e levantar subsídios para aprimorar uma política educativa em saúde mental no Brasil. Por se tratar de um fenômeno multifacetado, torna-se importante a corresponsabilização, para que todos os atores envolvidos reconheçam a mudança institucional e de transformação à luz da RPB (reforma psiquiátrica brasileira) e da PNSM (politica nacional de saúde mental).

Nesse momento de covid-19, que não poupa ninguém, embora aja de modo diferencial, considerados devidamente os marcadores sociais (gênero, raça, classe social etc.), comorbidades e acesso à saúde, queríamos ter uma noção se os(as) trabalhadores(as) buscaram atendimento psicológico. Em relação à busca de atendimento psicológico individual para lidar com os efeitos decorrentes do próprio processo de trabalho na pandemia da covid-19, quase 64,1% dos(as) respondentes afirmaram que não buscaram atendimento. As pessoas que buscaram recorreram à assistência privada financiada por recursos próprios (15,4%), à assistência pelo convênio (12,8), e as demais à assistência oferecida durante a pandemia por pessoas e grupos voluntários ou à assistência criada e oferecida pela instituição (7,7%).

Estamos de acordo e gostaríamos de registrar, para finalizar esse texto, a conclusão de Carmem Teixeira e colaboradores (2020), no estudo que sistematizou a produção de artigos internacionais que identificavam os principais problemas que estão

afetando os(as) profissionais de saúde envolvidos diretamente no enfrentamento da pandemia de covid-19 e que apontam ações e estratégias para a proteção e a assistência à saúde desses profissionais:

> Para os profissionais de saúde que estão na linha de frente do combate à pandemia, um estímulo necessário é o reconhecimento do esforço, até mesmo do sacrifício que muitos estão fazendo para continuar trabalhando nas condições em que trabalham. Saber que a família está segura, os amigos e a sociedade valorizam seu trabalho é fundamental para que eles consigam enfrentar com coragem e esperança a difícil tarefa em que estão empenhados. (TEIXEIRA et al., 2020, p. 3472)

Ao perguntarmos se queriam compartilhar algo não perguntado, a maioria disse não ter nada a acrescentar. Mas destacamos uma opinião: "Gostaria de agradecer por esta oportunidade de troca com a UFBA para além dos moldes tradicionais já conhecidos (estágio e residência), cujo público não foram os(as) usuários(as), mas nós, profissionais de saúde".

Certamente, o que nos uniu nesse programa foi o elogio à vida. Precisávamos pensar junto e fazer com, defendendo projetos de longa duração, a vida, em sua amplitude imensurável, o SUS e a universidade. Empresta-nos as palavras João Carlos Salles (2020, p. 145):

> A vida é inegociável, e não uma mercadoria a ser relativizada ao sabor de interesses políticos ou econômicos. Mais ainda, a vida não é apenas um projeto individual, mas sim um projeto de longa duração. Caso contrário, vivemos à espreita da barbárie, com o risco de, em um átimo, descobrir em nós mesmos os bárbaros que temíamos ou esperávamos. [...] a universidade, outro projeto de longa duração.

Os projetos de longa duração necessitam de todos(as) aqueles e aquelas, quem sabe se demorar, na sua defesa, no seu aperfeiçoamento, na sua integridade. Todo projeto de longa duração pede também arte, arte para lidar com a defesa da vida:

> eu não sou o espetáculo
> de alguns minutos
> que você assiste
> e vai embora
> depois de as cortinas fecharem
> eu sou longa temporada

que só fica em cartaz
pra quem sabe
se demorar.[7]

Referências

ALMEIDA FILHO, N. Vacina não é bala de prata, pandemia exige ações complexas para superar a Covid-19: entrevista especial com Naomar de Almeida Filho. *Instituto Humanitas Unisinos*, São Leopoldo, 26 ago. 2020. Disponível em: http://www.ihu.unisinos.br/159-noticias/entrevistas/602215-vacina-nao-e-bala-de-prata-pandemia-exige-acoes-complexas-para-superar-a-quarentena-entrevista-especial-com-naomar-de-almeida-filho. Acesso em: 10 jan. 2021.

CASAIS, N. A. Entrevista com Eduarda Mota e Marcus Vinicius de Oliveira, supervisores do Programa de Intensificação de Cuidados a Pacientes Psicóticos. *In*: SILVA, M. V. O. (org.). *In-tensa ex-tensa*: a clínica psicossocial das psicoses. Salvador: UFBA, 2007. p. 15-36.

CRUZ, N.; GONÇALVES, R.; DELGADO, P. Retrocesso da reforma psiquiátrica: o desmonte da política nacional de saúde mental brasileira de 2016 a 2019. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, 2020. Disponível em: https://www.scielo.br/j/tes/a/j6rLVysBzMQYyFxZ6hgQqBH/?lang=pt. Acesso em: 20 jul. 2021.

LIMA, M. *et al*. *Programa de Emergencial de Extensão Pensar junto/Fazer como: saúde mental em tempos de Covid-19*. Universidade Federal da Bahia. Salvador: Pró-Reitoria de Extensão, 2020.

MATTOS, M. P. *et al*. Educação permanente em saúde nos centros de atenção psicossocial: revisão integrativa da literatura. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 44, n. 127, p. 1277-1299, 2020. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042020000401277&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 17 maio 2021.

PROGRAMA RADIS DE COMUNICAÇÃO E SAÚDE. O que causa o adoecimento é o descaso. *Radis*: Comunicação e Saúde, Rio de Janeiro, n. 217, p. 24-25, 2020.

RENTE, M. A. M.; MERHY, E. E. Luto e não-violência em tempos de pandemia: precariedade, saúde mental e modos outros de viver. *Psicologia & Sociedade*, Belo Horizonte, v. 32, 2020. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822020000100406&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 17 fev. 2021.

7 Poema de Ryane Leão, no livro *Tudo nela brilha e queima: poema de luta e amor*. São Paulo: Planeta, 2017.

SALLES, J. C. *A última invenção de Pascal*. Salvador: Quarteto, 2020.

SALVADOR. Secretaria Municipal da Saúde. *Plano de Contingência para os trabalhadores da Secretaria Municipal de Saúde de Salvador Covid-19*. Salvador: Secretaria Municipal da Saúde, 2020. Disponível em: http://www.saude.salvador.ba.gov.br/plano-de-contingencia-covid-19/. Acesso em: 20 jul. 2021.

SERPA JR., O. D. *et al*. Escrita, memória e cuidado – testemunhos de trabalhadores de saúde na pandemia. *Revista Latino-Americana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, v. 23, n. 3, p. 620-645, 2020. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-47142020000300620&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 17 fev. 2021.

SILVA, M. V. Programa de Intensificação de cuidados e pacientes psicótico. *In*: SILVA, M. V. (org.). *In-tensa ex-tensa*: a clínica psicossocial das psicoses. Salvador: Universidade Federal da Bahia, 2007.

SILVA, T. P. A. O desmonte da política nacional de atenção básica (PNAB 2017) sob a forte influência do lobby dos planos de saúde suplementar no Brasil. *Espaço Público*, Recife, v. 2, p. 107-113, 2018.

TEIXEIRA, C. *et al*. A saúde dos profissionais de saúde no enfrentamento da pandemia de Covid-19. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 9, 2020.

PENSAR JUNTO, FAZER COM
princípios teórico-metodológicos do trabalho grupal

MÔNICA LIMA • DENISE COUTINHO • ANA CAROLINA MEDRADO

Meu coração é uma máquina de escrever
As paixões passam
As canções ficam [...]
Meu coração é uma máquina de escrever
Ilusões
Meu coração é uma máquina de escrever
É só você bater
Pra entrar na minha história[1]

Escrevemos esta carta a três pares de mãos para compartilhar com vocês algumas observações e análises sobre o método que utilizamos neste programa.[2] Vamos abordar aqui o projeto intitulado Roda de Conversa em Saúde Mental em tempos de covid-19.

Somos radicalmente em defesa do Sistema Único de Saúde (SUS), não como projeto ufanista, mas sim como decorrente do processo civilizatório democrático, em construção e permanentemente ameaçado, como nos ensina Jairnilson Paim (2008). O grupo que desenvolveu o projeto não tem pensamento homogêneo sobre

---

1 "Máquina de escrever" (Mathilda Kovak e Luis Capucho) cantada por Pedro Luis e a Parede. Disponível em: https://Magalhães.youtube.com/watch?v=uq79JCFZE8Q.

2 Programa Emergencial de Extensão Pensar junto, Fazer com: saúde mental em tempo de covid-19 (SIATEX-15035), do IPS/UFBA. Equipe: Mônica Lima, Marcelo Magalhães, Juliana Prates, Denise Coutinho, Lika Queiroz, Suely Aires, Vania Bustamante.

aspectos teórico-metodológicos, não se dedica aos mesmos temas de investigação e não busca um ponto de vista que anule o outro. Contudo, reunimo-nos na reflexão e experimentação de princípios políticos e pontos de vistas complementares com afinco em torno da saúde mental.

Apostamos no trabalho grupal, coletivo, impulsionado pelo Programa Pensar Junto/Fazer com, que teve como objetivo

> oferecer apoio técnico-científico as/aos trabalhadores/as e gestores/as de saúde para identificação e análise de estratégias de cuidado em saúde mental e do processo de trabalho de *pensar junto e fazer com* os/as profissionais da rede de saúde e da atenção psicossocial, considerando o sofrimento psíquico decorrente das situações concretas de existência, profundamente agravadas pelas crises sanitária e político/econômica da pandemia da COVID-19. (LIMA et al., 2020)

Para iniciar a conversa, queremos dizer que nossa narrativa, apresentada no modo carta, louva as artes. Um pombo-correio[3] que voa na velocidade acadêmica do tempo da qualidade da informação que envia. Buscamos acessar você com saudações solidárias/científicas, mandar e receber notícias, dar informações significativas sobre as ações que fazemos, expressar inquietações e incertezas, produzir e oferecer diálogos consistentes e confiáveis sobre o que fazemos na universidade e fora dela, de modo que nos alimente para enfrentarmos as crises sanitárias e político-econômicas acirradas em nosso país desde 2016. Fizemos dizendo e dissemos fazendo, apoiando-nos em princípios fundados no trabalho coletivo, com poesia e música.

A noção do trabalho coletivo/grupal nos remete à filosofia, quando recordamos que há "casos e sentidos em que dizer algo é fazer algo; ou em que por dizermos, ou ao dizermos algo estamos fazendo algo", como expressa John Austin (1990, p. 29). Este "dizer algo é fazer algo" é um dos impulsionadores dos estudos da linguagem, nas ciências humanas e sociais. Ele nos inspira a fazer coisas coletivamente, lidando com terra, fogo, água e ar, e apostando que as trocas de experiências, de inquietações, de incertezas, de vivências do fazer geram mais fazeres, neste caso, pactuados para o enfrentamento do desastre sanitário, social, econômico e ético

3 O projeto Pombo-Correio está vinculado ao Programa Pensar junto Fazer com: saúde mental em tempos de covid-19. Trata-se de uma iniciativa de troca de cartas solidárias, afetivas e científicas, criada no momento de distanciamento social solidário/científico provocado pela covid-19. É assim intitulada em homenagem a Moraes Moreira, destacando o título de uma das suas canções, disponível em: https://youtube.com/watch?v=3CfCw2Pvq8g.

que estamos a viver no país. Para nós, a escolha pelas interações grupais na realização do projeto já expressa em seu título a possibilidade de pensar junto e fazer com, de uma atuação coletiva entre nossa equipe no Instituto de Psicologia da Universidade Federal da Bahia (IPS/UFBA), a maioria associada à Pós-Graduação em Psicologia (PPGPSI/IPS/UFBA), em parceria com a Universidade Federal do Sul da Bahia (UFSB), a Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB) e as equipes dos serviços de saúde nos níveis municipal e estadual, para o enfrentamento dos desafios decorrentes da agudização de iniquidades sociais nesta longa e dilacerante pandemia, especificamente no campo da saúde mental.

Nessa direção, a roda de conversa é método, porque ela é meio, caminho, trilha e desvio, prumo, embora não se esquive da importância da chegada. Ela começa de uma maneira singular: dos(as) trabalhadores(as) de saúde para a universidade. Uma inversão proposital e poderosa para diminuir o apelo de verticalidade da relação universidade-serviços de saúde, e entre os próprios serviços e servidores(as) da saúde. Ela se inspira em "Minha ciranda" da dançarina, compositora e cantora Lia de Itamaracá. Nossa versão no momento é:

> A luta contra a Covid-19/Não é minha só/Ela é de todas nós/O SUS não é meu só/Ele é de todas nós/A universidade não é minha só/Ela é de todas nós/A saúde mental não é para mim só/Ela é para todas nós/O SUS não é meu só/Ele é de todas nós.

Na mesma direção teórico-metodológica, estamos em boa companhia. Boaventura Sousa Santos diz que "cada método é uma linguagem, e a realidade responde na língua em que foi perguntada". (SANTOS, 2002, p. 48) Assim, é possível afirmar também que a roda de conversa dialoga com a cartografia como método, pois ambas valorizam percurso, caminho, experiência, amorosidade e compartilhamento entre sujeitos. Eduardo Passos, Virginia Kastrup e Liliana Escóssia seguem os rastros de Deleuze e Guattari (1995) e Suely Rolnik (1989) e nos dizem que um método cartográfico procura perguntas e está mais interessado no processo do que em soluções ou produtos. O rigor do método não pode ser confundido com rigidez, pois "o rigor do caminho, sua precisão, está mais próximo dos movimentos da vida". (PASSOS; KASTRUP, 2009, p. 11) Luciano da Costa, que também se exercita na cartografia, diz:

A cartografia não tem um único modo de utilização, não busca estabelecer regras ou caminhos lineares para que se atinja um fim. O pesquisador-cartógrafo terá que inventar os seus na medida em que estabelece relações e passa a fazer parte do seu próprio território de pesquisa. (COSTA, 2014, p. 71)

Na proposta desenvolvida por Rolnik (1989), a cartografia se diferencia do mapeamento, porque o desenho que a primeira promove é movimento que se faz no caminho, é desmanche e refazimento de mundos e realidades, o que só pode ser concretizado porque há corpos e territórios dispostos a serem habitados. Tarefa sempre coletiva, sempre atenta aos desejos e às subjetividades. O sujeito cartógrafo, para Rolnik, segue a ética e não a moral, pois sempre avalia o que está ou não protegendo e reinventando a vida.

Nossa proposta com a roda foi assim era o início de 2020, começo da pandemia, as universidades brasileiras sem atividades presenciais, ainda no impacto desse mundo desconhecido e assustador que se apresentava. Algumas de nós, do grupo que trabalha com Saúde no Instituto de Psicologia (IPS-UFBA), ficamos imaginando como seria bom nos aproximarmos das psicólogas que estavam trabalhando nos serviços públicos, na clínica ampliada. Construímos o programa Pensar junto/Fazer com e, em seguida, iniciamos os primeiros contatos com a rede municipal e estadual para propor um trabalho coletivo universidade-serviço, visando apoiar os trabalhos, compartilhar novas experiências e acolher o sofrimento que todas experimentávamos.

Assim, a ideia de realizar atividades grupais não responde apenas à necessidade de atingir um maior número de profissionais, mas, principalmente, da nossa própria concepção de cuidado como trabalho compartilhado e coconstruído. Dessa maneira, realizamos quinze rodas de conversas entre 8 de abril a 2 dezembro de 2020, com dezesseis facilitadores(as) colaboradores(as) (Quadro 1), através de plataformas digitais de comunicação, como Zoom, Meet e WEBCONF.

Na última roda, com o título *Pensar junto/Fazer com em redes de saúde mental: práticas (re)inventadas em tempos de covid-19*, convidamos Gastão Wagner Campos, que aceitou prontamente estar na roda de fechamento dos trabalhos no dia 2 de dezembro. Este convite foi motivado, entre outras coisas, pela inspiração teórico-metodológica do que Gastão Wagner Campos nomeia de *efeito paideia*, que é um

> […] processo social e subjetivo em que as pessoas ampliam sua capacidade de buscar informações, de interpretá-las, buscando compreender-se a si mesmas, aos outros e ao contexto, aumentando, em consequência, a possibilidade de agir sobre estas relações. (CAMPOS, 2002, p. 2-3)

Esse princípio *paideia* foi mais profundamente exposto em outra carta deste livro. Mas foi importante reconhecer, mais uma vez, que não estávamos sozinhas e que andamos sempre em boa companhia.

Quadro 1 – As rodas de conversa

TEMAS	FACILITADOR(A)	Nº PARTICIPANTES	DATA
Psicologia, emergências e desastres e os desafios da pandemia covid-19	Fernanda Vidal	75	08/04/2020
Pandemia covid-19 e saúde mental	Juliana Prates	40	15/04/2020
Situação da gestão, trabalhadores(as) e serviços que lidam com a população em situação de rua na pandemia covid-19	Suely Aires	35	22/04/2020
Reflexões técnicas sobre atendimento breve/pontual em tempos de covid-19	Lika Queiroz	69	06/05/2020
Crise em saúde mental em tempos de covid-19	Raphael Baquit	50	02/06/2020
Matriciamento em tempos de covid-19	Gastão Wagner	78	19/06/2020
Cuidado na atenção psicossocial às crianças e adolescentes no contexto da pandemia.	Vladia Jucá Emiliano David	78	30/06/2020
Impasses e desafios da clínica antimanicomial em tempos de covid-19.	Marta Lobosque	67	21/07/2020
Reflexões sobre práticas territoriais de cuidado em tempos de covid-19	Emerson Merhy	132	28/07/2020
Peculiaridades da clínica e do cuidado a crianças e adolescentes em sofrimento psíquico	Luiz Mena	81	17/08/2020
Processo de Trabalho na Saúde em tempos de covid-19	Lumena Furtado Arthur Chioro	35	22/09/2020
Raça, racismo e saúde: a importância do letramento racial para o cuidado	Mônica Mendes	41	02/10/2020
Corpo e saúde mental: vivências em contexto de covid-19	Joana Plugliese Severo Junior	30	21/10/2020
Artes e saúde mental: criação de cuidado e afetos	Fernanda Colaço Paulo de Tarso de Castro	40	25/11/2020
Pensar junto, fazer com em redes de saúde mental: práticas (re)inventadas em tempos de covid-19	Gastão Wagner	41	02/12/2020

Fonte: elaborado pelas autoras.

Para socializar nossas intenções nos encontros, tomamos como referencial a perspectiva construcionista social de grupo, embora, como dito anteriormente, o referencial teórico da equipe do projeto não seja homogêneo. O movimento construcionista social traz, para o cerne das discussões sobre grupo, as práticas discursivas que o espaço proporciona. Ao invés de buscar uma padronização em torno do grupo, o que se busca é justamente o caráter de inovar na linguagem em ação, nas práticas discursivas peculiares a cada encontro grupal e nas possibilidades de gerar produções de sentidos. Dessa maneira, a pessoa à frente do grupo perde o *status* de saber dizer, saber fazer, daquela(e) que ditará os caminhos do grupo, e se coloca para facilitar as interações, mantendo a conversação ativa, como destacam Laura Souza e colaboradoras (2014) e Rosana Rapizo (2017). Foi visando a essa circulação do saber que contamos com uma diversidade de facilitadoras(es) ao longo do nosso processo (Quadro 1), sem negligenciar que sempre foram colegas com grande e rica experiência em trabalhos coletivos no campo da saúde mental.

Partindo da compreensão do grupo como prática discursiva, queríamos manter aberto o canal do diálogo entre diferentes interlocutoras(es), não para produzir consenso, mas para partilhar, acolher e multiplicar. Esse intuito alinha-se à outra definição de grupo adotada por aquelas(es) que aderem ao movimento construcionista social em trabalhos grupais: o grupo como contexto colaborativo. Nessa tônica, entendemos que "a colaboração é uma atitude, ou posicionamento, que reconhece que criamos conjuntamente nossa forma de viver, em atividades responsivas e dialógicas", como sugerem Rosana Rapizo e Leila Brito (2014, p. 36-37).

Acreditamos ainda que tal concepção de grupo é profícua para a realização de atividades com equipes de saúde do SUS, que devem partir da visão do cuidado compartilhado e de maior horizontalidade nas relações entre as equipes de saúde e as(os) usuárias(os). Assim, cremos que, mesmo que tal formato de interação grupal não seja corrente nas práticas profissionais, adotá-la em processos de Educação Permanente em Saúde pode contribuir para que trabalhadoras(es) de saúde se apropriem desse instrumental teórico-metodológico. Dessa maneira, tanto os princípios e conteúdos quanto o método dos grupos alinham-se aos princípios do SUS, procurando alicerçar práticas colaborativas que prezem pelo dialogismo e pelo compartilhamento de saberes.

Defendemos a dimensão dialógica no grupo também para nos distanciarmos do modelo de palestra, que tende a proporcionar formato mais rígido e de maior verticalidade ao "compartilhar" saberes. Grupos nos serviços de saúde que adotaram as características de palestras foram avaliados como cansativos tanto para profissionais envolvidas(os) quanto para usuárias(os) participantes, nos advertem João Ferreira-Neto e Luciana Kind (2010). Costumeiramente, os grupos e palestras,

nos serviços de saúde, giram em torno de uma determinada doença, de uma leitura biomédica que enfatiza a patologia, deixando de lado a pessoa. Indo na contramão desse modelo, nosso objetivo não foi apenas discutir protocolos ou maneiras (por vezes enrijecidas) de lidar com os desafios da pandemia; sobretudo, nosso desejo era enfocar histórias das(os) profissionais e seus sofrimentos psíquicos decorrentes de variados contextos de trabalho e que se agudizaram na pandemia. No sentido proposto por Octávio Serpa e colaboradores (2020, p. 620): uma aposta "no poder que o compartilhamento de histórias pode exercer sobre as angústias e sofrimentos emocionais dos trabalhadores de saúde".

Nessa direção, o grupo de concepção construcionista social exige uma boa facilitação/moderação, almejando sempre o trabalho colaborativo, o pensar junto e o fazer com. Nosso intuito foi adotar uma postura não prescritiva durante as interações, já que os grupos de facilitação diretiva e engessada, comuns em grupos de educação em saúde, tendem a ter baixa adesão de participantes e objetivam "transmitir informação", o que denota uma relação hierárquica entre facilitadoras(es) e participantes, como nos sobreavisam Juliana Tiveron e Carla Guanaes-Lorenzi (2013).

Nesse intuito, os temas de cada roda foram estabelecidos coletiva e paulatinamente ao longo do desenvolvimento do projeto. A exceção foi a primeira roda, para a qual a equipe da UFBA propôs o tema e fez os convites diretamente, antes do convênio formal com a Secretaria Municipal de Saúde de Salvador (SMS). Tínhamos a perspectiva de partir da ideia mesma de desastre e buscamos o referencial ainda pouco difundido da psicologia das emergências e desastres, uma tentativa de colocar em pauta uma abordagem atualíssima e não centrada exclusivamente na dimensão individual. Sentíamos falta, após o primeiro mês de distanciamento social solidário/científico, de um engajamento coletivo, que não negligenciasse a dimensão subjetiva do que vivíamos e que fosse abordada em grupo, pois muitas(os) de nós já sentíamos a solidão e a angústia sobre o futuro próximo, com a imposição necessária de interrupção das atividades presenciais na universidade.

Naquele momento, começavam a surgir programas ao vivo (*lives*), atendimento psicológico individual remoto e voluntário, entre outras importantes iniciativas. Nas duas rodas seguintes, não houve definição prévia de facilitadoras(es), intencionalmente (Quadro 1). Quisemos juntar trabalhadores(as) de setores diversos (saúde, direitos humanos, assistência social e quem mais quis chegar) para conhecer o tom do que poderíamos propor à SMS, de modo contextualizado, entender até onde poderíamos ir, saber se a iniciativa era defensável e não um mero capricho de docentes e pesquisadoras universitárias.

Temos que destacar que as três primeiras rodas foram realizadas fora do horário padrão de trabalho, à noite. Sem intermediação da SMS, acionamos as(os) traba-

lhadoras(es) com as quais cada um(a) de nós da equipe mantinha relações diversas na rede saúde mental, na atenção primária à saúde, em setores da assistência social etc. A partir da quarta roda, pactuamos a liberação oficial dos(as) trabalhadores(as) como hora de trabalho, o que foi uma conquista coletiva muito potente para o êxito e frequência no projeto.[4] Afinal, era trabalho. Nosso objetivo foi incorporar um discurso complementar com maior ênfase nas respostas coletivas institucionais negociadas diretamente com as pessoas da linha de frente. Os temas seguintes foram definidos já com a colaboração dos(as) trabalhadores(as) de saúde nas próprias rodas e com a equipe de representantes da SMS, em várias reuniões para ajustes técnicos e políticos.

Ao assumir o propósito de compor atividades grupais com princípios construcionistas, buscamos uma facilitação que se afastasse de posturas tecnicistas, tendo o(a) facilitador(a) a função de manter o diálogo circulando e incentivando a circulação de diferentes vozes, sem assumir postura diretiva quanto às interações grupais. (RAPIZO, 2017) Partimos da noção de que, nessa perspectiva, o próprio funcionamento do grupo permite que demandas, que poderiam ser encaradas como individuais, se coletivizem, rompendo com o padrão individualista, tão comum na psicologia mesmo quando se trata de práticas grupais. Assim, o grupo pode alicerçar um espaço de resistência, de construção conjunta, de delineamento de estratégias para reagir a opressões e, inclusive, abrir espaço de articulação política, como defendem também Claudia Pedrosa e Jacqueline Brigagão (2014) e Emerson Rasera e Rita Rocha (2010). Nessa direção, queremos compartilhar que esses encontros potencializaram embriões de movimentos de trabalhadores(as) em algumas unidades de saúde, pela compreensão de que a política de saúde mental estava sendo ameaçada em seus princípios antimanicomiais e que somente a força coletiva organizada poderia fazer frente às condições inadequadas e desafiadoras que muitos(as) deles(as) enfrentavam e que foram extremamente agravadas durante a pandemia da covid-19.

Além disso, apostamos que o grupo pode oferecer a possibilidade de desfamiliarização de repertórios cristalizados socialmente, a construção de novas formas de ação e de concepção sobre o próprio eu, (PEDROSA; BRIGAGÃO, 2014) em uma articulação entre o microssocial e o macrossocial. (RAPIZO, 2017) Quiçá em alguns momentos em nossos encontros tenhamos conseguido o que o Marcus Vinicius Silva (2007, p. 82-83), inspirado pelas obras de Sigmund Freud e José Bleger, técnico-poeticamente descreve assim:

4 Anuência registrada em 29 de abril de 2020, junto à Coordenação de Gestão de Pessoas da Saúde e da Subcoordenação de Capacitação e Desenvolvimento de Pessoal da SMS/Salvador.

> O samba de roda é lindo nesse sentido, essa matriz afro-brasileira. É um belo dispositivo cultural de relacionar o particular com o universal, o direito à experiência narcísica, a administração do narcisismo. Faz-se uma roda – como se diz lá na Pirajuía, cada um tem seu samba para mostrar – e cada um vai lá mostrar o seu jeito de sambar. Ai todos os outros te apreciam, e o sujeito depois volta para ser o apreciador, para oferecer a especularidade, porque dançar sem ter ninguém para olhar não tem graça, não é mesmo? Então, a roda, do ponto de vista de dispositivo, tem um poder muito grande.

A média de participação nas rodas foi de 83 pessoas em cada encontro de duas horas. Adotamos um processo avaliativo contínuo. Ao final de cada encontro, sugeríamos que os(as) trabalhadores(as) expressassem mais diretamente suas visões sobre o que estávamos construindo juntos(as). Todas as contribuições eram bem-vindas a qualquer momento, mas quando estávamos nos aproximando da finalização lembrávamos que poderiam falar ao vivo ou escrever na caixa de diálogo da plataforma digital sobre a pertinência da temática, sugestões para os demais encontros, críticas e ajustes. A caixa de diálogos também foi usada entre as pessoas para trocar informações sobre os serviços, solicitar contato com colegas que estavam descobrindo naquele momento algo interessante, propor ações conjuntas ou adequar experiências para sua própria unidade de saúde, entre outras coisas.

Precisamos contar também que decidimos não gravar os encontros para que todas as pessoas pudessem se sentir livre, sem receios de represálias institucionais ou relacionais, e tranquilas com a exposição de sentimentos, indignações e reivindicações. Após cada roda, fazíamos um relato-síntese sobre as discussões por áudio e registrávamos o que foi expresso na caixa de diálogo. Combinamos socializar os comentários, considerando-os úteis para o processo de avaliação e reafirmamos que utilizaríamos os comentários sem identificar o(a) participante.

No mês de julho de 2020, decidimos, conjuntamente, que iríamos fazer um questionário digital avaliativo, a ser respondido individualmente. No mês de novembro, ao finalizarmos a 14ª roda, enviamos o instrumento. Foram quinze questões com possibilidade de relatos discursivos após as opções de múltipla escolha e cinco com alternativas sugeridas previamente, com previsão de conclusão de resposta de dez a quinze minutos. Como esperávamos, esse envio não se mostrou muito eficiente, pois apenas 39 respostas foram recebidas. Isso nos faz continuar apostando na avaliação participativa processual, a partir de relatos espontâneos ou motivados que garantam ajustes ao longo do trabalho e que incentivem a colaboração de todas as pessoas envolvidas.

A participação de trabalhadores(as) em cada roda era organizada pela equipe da SMS: atenção especializada em saúde mental, particularmente Centros de Atenção Psicossocial de Saúde Mental (Caps) e Prontos Atendimento de Emergência em Saúde Mental (PA/Psiquiátrico); e a atenção primária, especialmente, do Núcleo Apoio da Saúde da Família (Nasf). Estimamos uma proporção em torno de 60% para a primeira e 40% para a segunda. A SMS sugeriu que participariam duas ou dois profissionais por unidade de saúde a cada roda, considerando a adesão voluntária e computada na carga horária semanal de trabalho. A necessidade de manter os serviços funcionando regularmente durante a atividade, a pertinência da temática para a função do(a) profissional foram alguns dos critérios de definição utilizados. Os(as) trabalhadoras(es) às vezes acompanhavam de casa (trabalho remoto), às vezes dos próprios serviços, e destacamos que algumas vezes contamos com equipes participando juntas na sua unidade de lotação. Houve alguns retornos de profissionais que disseram que estar com a equipe participando da roda era muito profícuo. Soubemos também por relatos que, logo após a finalização da roda virtual, algumas equipes faziam uma roda presencial discutindo aspectos que julgaram pertinentes para sua realidade.

Em relação aos dados produzidos pelo questionário de avaliação, ressaltamos algumas informações. 62,9% das(os) participantes que o responderam são funcionárias/os da Secretaria Municipal de Saúde (SMS). Quanto ao local de atuação, 25,6% atuam em unidade de saúde especializada do SUS e 30,8% em unidade de atenção primária do SUS. Sobre as temáticas tratadas pelo projeto, 76,9% responderam que os temas tratados foram importantes na organização de seus processos de trabalho e 92,3% responderam que os conteúdos foram significativos para elas como pessoas, para além da sua atuação profissional.

Algo mais merece ser salientado nesta carta: 100% dos(as) respondentes acreditam que o método grupal (rodas de conversa e/ou similares) deveria ser institucionalizado como estratégia de educação permanente, em momentos posteriores ao distanciamento social solidário/científico. Alguns relatos no formulário avaliativo confirmam: "É uma possibilidade de construção de conhecimento em que a palavra circula, dando um lugar de fala a todxs. Não há hierarquia e nem transmissão de conhecimento sem diálogo. Isso é lindo!!!"; "Se aprende muito, quando os assuntos são partilhados, democraticamente, com todos. É dado o direito de fala para todos". Essa avaliação positiva não difere das expressas nas caixas de diálogos, de modo espontâneo, por exemplo, destacando um de muitos outros, na 11ª roda:

> As primeiras articulações para o coletivo de trabalhadores surgiram na primeira Roda de Conversa que participei. Agradecemos a vocês pelo Programa e pela iniciativa. Vocês ocuparam um espaço, estávamos nos sentindo 'abandonados', pois, durante a pandemia, as reuniões de educação permanente da saúde mental foram suspensas. Mas, como na falta nos movemos, estamos caminhando e estou feliz por isso. Obrigada!

Essas devolutivas corroboram a nossa aposta no trabalho coletivo, grupal, como uma estratégia bem-sucedida. Nossa investida em um ambiente dialógico e colaborativo também visava que as rodas continuassem ecoando em outros espaços, sobretudo nos serviços de saúde, que o coro de vozes engrossasse, assumindo a ideia de grupo como recurso discursivo. (GUANAES, 2006; RASERA; JAPUR, 2007 apud RAPIZO; BRITO, 2014) Recorrendo à definição de Rosana Rapizo e Leila Brito (2014, p. 47), o intuito era afastar-se do formato de debate, de refutação de ideias e de sobreposição de argumentos, investindo no diálogo o qual "a atmosfera é de segurança e as pessoas falam desde sua singularidade, umas com as outras." O retorno foi, sobretudo, positivo: 48,7% tiveram a oportunidade de compartilhar as discussões das rodas nos serviços em que atuam; 74,4% responderam que ter participado dos encontros ajudou a lidar melhor com alguma situação no serviço; 69,2% afirmaram que sua participação trouxe impactos positivos na atuação conjunta.
O grupo é visto como fértil para promover mudanças, tantos pessoais quanto sociais. A potência do grupo encontra-se na possibilidade de trocar experiências, de criar laços, de desenvolver uma escuta empática e de produzir ressonâncias das dores, medos e anseios. (RAPIZO, 2017) Os relatos dão indícios de que pontes foram construídas: "se permitir outros olhares, outras formas de trabalhar no mínimo nos leva a uma reflexão do nosso processo de trabalho, principalmente em tempo de pandemia, em que não estamos fazendo atividades coletivas"; "Acredito que mais rico que o próprio conteúdo tratado na atividade, o diálogo entre profissionais se tornou o mais proveitoso em um momento de distanciamento da equipe de trabalho"; "Ter um espaço de acolhimento sobre as angústias e questionamentos foi muito importante para a minha saúde mental neste momento"; "Na nossa atual circunstância de vida, estarmos juntos e pensando em soluções ou ao menos ouvir o que os outros pensam, será a nossa saída. Vamos falar! Vamos ouvir! Quem sabe nós achemos uma solução?!"; "Creio que essa experiência aproximou as pessoas e as diferentes instituições, permitindo um diálogo interessante que aliou a teoria à prática. Precisamos continuar esse movimento".

Na mesma direção, houve oportunidade para que respondentes nos advertissem de que, para girar com a potência necessária, é preciso que os(as) facilitadores(as) estejam alinhados(as) aos princípios do método: "Nem todos (mediadores e participantes) estão alinhados com o método de roda, então às vezes atrapalha o andamento". Além disso, e mais significativo, qualquer mobilização que exija mudança de processo de trabalho deve abarcar uma diversidade de estratégias para lograr êxito mais direto, considerando que tanto a roda quanto outros métodos isolados têm limitações em relação aos efeitos: "As rodas podem agregar conteúdo, renovar ideias, mas mudar processo de trabalho, não. Depende de outros atores e espaços".

Esta última narrativa nos conduz à conclusão a que chegaram Vladimir Arce e Carmen Teixeira (2017). Ele e ela afirmam que, para haver mudanças no processo de trabalho, é preciso que os dispositivos de saúde (Nasf, ESF) "sejam bem mais estruturados, com definições de finalidades, atividades e instrumentos de trabalho coerentes como o um objeto ampliado, para além do indivíduo e da doença". (ARCE; TEIXEIRA, 2017, p. 238) Para tanto, é fundamental a capacitação da força de trabalho, apoio político-institucional, recurso financeiro etc.

Esta carta tem a sorte de poder registrar que os(as) trabalhadores(as) estão ávidos(as) para superar desafios já conhecidos e agravados neste momento de pandemia da covid-19. Não se trata de torná-la desimportante, ao contrário, não achamos a resposta fácil para algo que requer trabalho permanente, e estamos todas de acordo com isso. Um sentimento igual ao expresso pela canção de Luedji Luna:

> Tanta volta pra nenhuma resposta
> Tanta volta pra nenhuma resposta
> Nenhuma resposta
> Mas um punhado de folhas sagradas
> Pra me curar, pra me afastar de todo mal
> [...]
> Para atrair o amor
> Para atrair o que for bom
> O que for bom, bom, bom, bom.
> (LUEDJI..., 2017)

A canção nos adverte que mudanças são necessárias e possíveis, mas não vêm facilmente. Precisamos defender estratégias eficazes e permanentes que as promovam em cenários principalmente pandêmicos, mas muito antes deles, por ser tarefa que envolve várias dimensões, institucionais, trabalhistas, pessoais e políti-

cas. Assim, decidimos finalizar o Programa Emergencial Pensar Junto, Fazer com, em 2020, com a elaboração de um livro.

Foram nove meses mantendo contato virtualmente, nos escutando, apoiando, fortalecendo, movimentando nossas energias para algo coletivo e compartilhado, para a produção de vida, buscando manter os princípios antimanicomiais que giraram rodas de conversas incríveis, com repercussões a curto prazo, mas certamente com o intuito de gerar esta produção escrita, a longo prazo. De fato, não nos pareceu defensável seguir sem registrar esta experiência para futuros(as) profissionais comprometidos(as) com o SUS, e principalmente, nossos(as) estudantes(as), de quem precisamos e precisaremos. Estamos de acordo com Arce e Teixeira (2017, p. 238), para quem transformações no processo de trabalho estão condicionadas com o "maior compromisso das instituições formadoras com a mudança no desenvolvimento dos profissionais de saúde" para o SUS.

Referências

ARCE, V. A. R.; TEIXEIRA, C. F. Práticas de saúde e modelo de atenção no âmbito do Núcleo de Apoio à Saúde da Família em Salvador (BA). *Saúde em Debate*, Manguinhos, v. 41, n. 3, p. 228-240, 2017.

AUSTIN, J. L. *Quando dizer é fazer*. Tradução D. M. de Souza Filho. Porto Alegre: Artes Médicas, 1990.

CAMPOS, G. W. Paidéia e gestão: um ensaio sobre o Apoio Paidéia no trabalho em saúde. *Gastão Wagner*, Campinas, 2002. Disponível em: https://www.gastaowagner.com.br/index.php/2016-05-08-23-30-43/artigos. Acesso em: 2 maio 2021.

COSTA, L. B. da. Cartografia: uma outra forma de pesquisar. *Revista Digital do LAV*, Santa Maria, v. 7, n. 2, p. 6-77, 2014.

DELEUZE, G; GUATTARI, F. *Mil platôs*: capitalismo e esquizofrenia. Rio de Janeiro: Editora 34, 1995.

FERREIRA-NETO, J. L.; KIND, L. Práticas grupais como dispositivo na promoção da saúde. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 1119-1142, 2010. Disponível em: https://www.scielo.br/j/physis/a/SPJKpMgdDTs6fQDV8CfzkNr/?lang=pt. Acesso em: 1 maio 2021.

LIMA, M. *et al.* (coord.). *Programa Emergencial de Extensão Pensar junto, Fazer com*: saúde mental em tempo de Covid-19. Salvador: UFBA, 2020.

LUEDJI Luna – Banho de folhas (clipe). [*S. l.*]: [*s. n.*], 2017. 1 vídeo (5 min). Publicado pelo canal Ybmusic. Disponível em: https://.youtube.com/watch?v=CoJ23XNHgGo. Acesso em: 2 maio 2021.

PAIM, J. S. A reforma sanitária como objeto de reflexão teórico-conceitual. *In*: PAIM, J. S. *Reforma sanitária brasileira*: contribuição para a compreensão e crítica. Salvador: Edufba; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 153-174.

PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. *Pistas do método da cartografia*: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade. Porto Alegre: Sulina, 2009.

PEDROSA, C. M., BRIGAGÃO, J. I. M. Mulheres em movimento: grupos como dispositivo de ação coletiva. *In*: GUANAES-LORENZI, C. *et al.* (org.). *Construcionismo social*: discurso, prática e produção do conhecimento. Rio de Janeiro: Instituto Noos, 2014. p. 217-230.

RAPIZO, R. O trabalho com grupos e o construcionismo social: alguns elementos metodológicos e referências para a prática. *In*: RASERA, E. F.; TAVERNIERS, K.; VILCHES-ÁLVAREZ, O. (ed.). *Construccionismo social en acción*: prácticas inspiradoras en diferentes contextos. Ohio: Taos Institute Publications, 2017. p. 67-92. Disponível em: https://www.taosinstitute.net/product/construccionismo-social-en-accion-practicas-inspiradoras-en-diferentes-contextos-edited-by-emerson-f-rasera-karin-taverniers-oriana-vilches-alvarez. Acesso em: 2 maio 2021.

RAPIZO, R. L.; BRITO, L. M. T. de. Espaço de conversas sobre o divórcio: a diferença de posicionamento como recurso para transformação. *Nova Perspectiva Sistêmica*, São Paulo, n. 50, p. 32-50, 2014. Disponível em: https://www.revistanps.com.br/nps/article/view/90. Acesso em: 1º maio 2021.

RASERA, E. F.; ROCHA, R. M. G. Sentidos sobre a prática grupal no contexto de saúde pública. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 15, n. 1, p. 5-44, 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/pe/v15n1/a05v15n1.pdf. Acesso em: 1 maio 2021.

ROLNIK, S. *Cartografia sentimental*: transformações contemporâneas do desejo. São Paulo: Estação Liberdade, 1989.

SANTOS, B. S. *Um discurso sobre as ciências*. Porto: Afrontamento, 2002.

SERPA, O. *et al*. Escrita, memória e cuidado – testemunhos de trabalhadores de saúde na pandemia. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, v. 23, n. 3, p. 20-645, 2020.

SILVA, M. V. Psiquismo e sociedade: a psicose e os grupos. *In*: UFBA. *A clínica psicossocial das psicoses*. Salvador: UFBA, 2007. p. 78-88. Disponível em: http://picica.dominiotemporario.com/intesaextensa(3).pdf. Acesso em: 24 jan. 2021.

SOUZA, L. V. *et al*. Construção de uma prática grupal em uma unidade básica de saúde. *In*: GUANAES-LORENZI, C. *et al.* (org.). *Construcionismo social:* discurso, prática e produção do conhecimento. Rio de Janeiro: Instituto Noos, 2014.

TIVERON, J. D. P.; GUANAES-LORENZI, C. Tensões do trabalho com grupos na Estratégia Saúde da Família. *Psico*, Porto Alegre, v. 44, n. 3, p. 91-401, 2013. Disponível em: http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/view/12200. Acesso em: 2 maio 2021.

ENSAIO SOBRE CRISE(S), SAÚDE MENTAL E CONTEXTO SOTEROPOLITANO DA PANDEMIA DA COVID-19

MARCELO MAGALHÃES ANDRADE • FRANCISCO PEREIRA
CLAFYLLA OLIVEIRA • AMANDA MAGALHÃES SOUZA
RAFAEL BAQUIT CAMPOS • BIANCA SANTOS

> *Posso sair daqui pra me organizar...*
> *Da lama ao caos, do caos à lama*
> *Um homem roubado nunca se engana*
> *Da lama ao caos, do caos à lama*
> *Um homem roubado nunca se engana*
> *Com a barriga vazia não consigo dormir*
> *E com o bucho mais cheio, comecei a pensar*
> *Que eu me organizando posso desorganizar...*
> (Da Lama ao Caos, Chico Science, Nação Zumbi)

Apresentação

Este escrito é constituído por reflexões e discussões teóricas sobre experiências e desafios de trabalhadores(as) do setor de saúde, provocados e acentuados pela covid-19, mas também tangencia discussões antigas sobre a saúde do(a) trabalhador(a) e outras crises. Com o neoliberalismo vigente e as desigualdades sociais de pano de fundo, uma série de situações limites são vivenciadas na Rede de Atenção Psicossocial e na experiência coletiva e individual de trabalho, que sentem os efeitos do esvaziamento de espaços coletivos de compartilhamento e aprofundamento de questões que interpelam o cotidiano do trabalho em rede. As(os) trabalhadoras(es)

podem ser tomadas(os) como participantes ativas(os) dos processos de reorganização social, flagrado pela pandemia, em interface com demandas pessoais e coletivas. Registros em apontamentos realizados durante a experiência de uma extensão universitária, a partir da Roda de Conversa (RC) Atenção à Crise no Cenário da Pandemia covid-19, deram origem a uma síntese contemplando participações tanto por áudio quanto por textos escritos no *chat* da plataforma virtual utilizada para realização da videoconferência e, posteriormente, agregaram ao desdobramento desta escrita. Ocorrida em 2 de abril de 2020, a roda teve como facilitador Rafael Baquit, médico, psiquiatra, redutor de riscos e danos, atuante em um Centro de Atenção Psicossocial (Caps) no Ceará. Contou também com a participação de docentes e discentes do Programa de Extensão Pensar junto e Fazer com,[1] gestores do setor da saúde e, de modo predominante, trabalhadoras(es) da Rede Especializada (Rede de Atenção Psicossocial-Raps) e da Atenção Básica (AB) de Salvador.
A RC foi realizada nos primeiros meses da pandemia de coronavírus no Brasil, quando a falta de conhecimento a respeito do vírus proporcionava uma atmosfera de insegurança e medo para muitas pessoas. O número total de casos confirmados ainda não havia chegado à casa dos 100 mil e o de óbitos estava se aproximando de 6 mil. (BRASIL…, 2020) Assim, a "primeira onda" de óbitos, internações e lotações de leitos hospitalares se aproximava, e as "marolas" anunciavam a desgraça iminente. As problemáticas já existentes, e que foram acentuadas com o avanço da pandemia, emergiram durante a RC, atravessadas por demandas relacionadas às condições estruturais dos processos de trabalho dos(as) profissionais e usuários(as) dos serviços, bem como a relevância da atenção dada ao cuidado e condição da saúde mental não apenas em relação a usuários(as), mas dos(as) trabalhadores(as) da saúde.

Com base nisso, as temáticas que se destacam na parte dois contemplam as discussões sobre contextos pré-pandêmico e pandêmico; processos de trabalho no contexto pandêmico e saúde mental de trabalhadores da RAPS. Por fim, a parte três concatena os objetivos apresentados, os cernes das ideias ensaiadas e agrega informações oriundas de outras referências. Além disso, são retratadas algumas restrições inerentes ao processo de produção do presente ensaio, o que revela as potências de aspectos que não puderam ser devidamente trabalhados. Resiliência na luta a favor do Sistema Único de Saúde (SUS) desponta como um dos principais aspectos dessa parte. Outrossim, perspectivas singulares identificam e articulam distintas crises que fazem parte da crise sanitária da covid-19 no atual cenário político-social do Brasil.

1 Programa Emergencial de Extensão Pensar junto, Fazer com: saúde mental em tempo de covid-19 (SIATEX-15035), do Instituto de Psicologia-IPS/UFBA.

Desenvolvimento

Há uma diversidade polissêmica de crises que ganha corporalidade no campo das práticas, mas a crise (no singular hegemônico), tradicionalmente, se construiu na medicina pela necessidade de tomar decisões em contextos de extrema urgência. Outros significados estão relacionados à exigência de decisões, excepcionalidade e urgência em contextos que passaram por modificações repentinas. Já numa perspectiva mais esperançosa, essas mudanças são passageiras e tomadas como oportunidade para eliminar o que não funciona bem. (MIGUEL, 2018)

A pluralidade de crises converge para a discussão sobre transversalidades que incidem sobre as pessoas e fenômenos, e o movimento simultâneo de ocorrência dessas situações. O medo foi apontado por participantes da RC como aspecto presente e desencadeador de quadros de ansiedade. As mudanças nos processos de trabalho ocorreram concomitantemente a outras perdas associadas ao momento da pandemia, como ilustra a fala: "*Para além das perdas concretas de vida, sinto que estamos elaborando um luto também do nosso modo de trabalho e cuidado…*".

Há crises que também podem ser desencadeadas por exigências inesperadas de revisão e modificação das perspectivas clínicas até então adotadas, induzindo práticas incompatíveis com as propostas psicossociais. Inicialmente, a falta de técnicas (estratégias) por parte de trabalhadoras(es) podia estar associada à ausência de repertório técnico frente à situação pandêmica inesperada, engendrando paralisia sobre o que fazer. A realidade ficou ainda mais complexa quando o(a) trabalhador(a) deparou-se com situações tão dramáticas quanto a sua, vivenciadas pelos usuários dos serviços.

No entanto, a pandemia agravou também uma série de crises que já estavam em curso, com fortes relações com o neoliberalismo vigente. Em países caracterizados pela desigualdade social e pelas iniquidades regionais de acesso aos cuidados de saúde que amplificam essas desigualdades como o Brasil, a determinação social da saúde influencia o risco de infecção, morbidade e mortalidade associado à covid-19. (FIGUEIREDO et al., 2020) Doze meses após o início da pandemia, o país alcançou a marca de segundo país no mundo em número de mortes pela covid-19 e revelou uma emergência nos moldes de uma crise humanitária em que há contínua ameaça de vida de um grande número de pessoas, com a necessidade de recursos extraordinários a fim de saná-la. (FALHAS…, 2021)

Os determinantes sociais são acentuados quando incluímos a redução do financiamento do SUS, gerada pela emenda constitucional que limita os gastos federais em saúde por vinte anos. (FIGUEIREDO et al., 2020) O subfinanciamento já era uma

realidade para diversos sistemas de saúde mental (incluindo o Brasil): menos de 2% dos orçamentos nacionais do mundo eram gastos com serviços de saúde mental. (COVID-19..., 2020) Com a pandemia, as crises levaram à concentração das ações de resposta nos serviços de emergência, como cuidados intensivos e, geralmente, em hospitais, em detrimento de respostas territoriais.

Em países como França, Quênia, Catar e Turquia, as estratégias adotadas nas redes e serviços de saúde mental consistiram na reorganização dos recursos humanos com deslocamentos de profissionais para atender demandas relacionadas à covid-19, o encerramento de unidades e a implementação de programas de telemedicina, redução das internações e limitação dos serviços comunitários e ambulatoriais. (JAGUGA; KWOBAH, 2020; ÖĞÜTLÜ, 2020; PIGNON et al., 2020; WADOO et al., 2020)

O cenário pré-pandêmico e pandêmico tem sinalizado, no que tange à rede, a persistência da precarização, da insuficiência do funcionamento e a dificuldade para manejos de encaminhamento e acolhimento que poderiam ser recebidos pela Atenção Básica à Saúde (AB), mas corriqueiramente permanecem direcionados para os Caps. No horizonte indicado pela Organização Mundial de Saúde, (COVID-19..., 2020) os efeitos das respostas à pandemia nos sistemas de saúde mental levaram à interrupção de serviços essenciais em 93% dos países em todo o mundo. Na França, por exemplo, uma das consequências foi o aumento de internações sem consentimento e diagnósticos de transtornos psicóticos, como resultado da falta de cuidados primários. (PIGNON et al., 2020)

No contexto soteropolitano, a insuficiência das redes de saúde mental antes da pandemia, associada ao investimento em atendimento psiquiátrico em emergências, já indicava um cenário preocupante por asseverar a fragilização da Raps, dada a ruptura do princípio territorial na assistência. (ANDRADE et al., 2021) Esta realidade apresenta incongruência em relação à legislação no que se refere à atenção à crise, sobretudo, à oferta de serviços substitutivos territorializados 24 horas. Resultando na escassez da oferta de serviços que possam gerenciar a crise com tecnologias leves (vinculares e/ou relacionais) (MERHY et al., 1997) e, caso necessário, internações de duração breve e sem caráter asilar.

A carência de Caps III e Caps AD III no município possui importante influência nas dinâmicas da rede; por serem dispositivos que realizam internações breves de caráter não asilar, sua ausência impede o fortalecimento de articulações antimanicomiais. Isso relega aos dispositivos manicomiais existentes (hospitais psiquiátricos e CTs) boa parte das demandas de atendimento e/ou gestão de crise em serviços de urgência e emergência (móveis ou não), tornando-os úteis pela conveniência

de estarem entre os poucos disponíveis. (ANDRADE et al., 2021, no prelo) Outro aspecto que dificulta a produção de um cuidado territorializado é perceptível pelo investimento em uma unidade de emergência especializada (Pronto Atendimento Psiquiátrico) que opera sem considerar a territorialidade. (AZEVEDO, 2010)

A Atenção Básica, por sua vez, seria uma grande aliada pela sua capacidade de acolher, informar e orientar a população dentro dos seus territórios. As visitas domiciliares e o atendimento nas próprias unidades, feitas pelas equipes de Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde (ACS), teriam o papel fundamental de auxiliar na identificação de novos casos, testagem, isolamento daqueles com baixo risco clínico e interromper a cadeia de transmissão do covid-19. Os municípios que mantiveram a oferta de serviços básicos de saúde, inclusive domiciliar, fizeram diferença significativa não só na capacidade de resposta à pandemia, mas também no cuidado e no controle de outros problemas de saúde, sobretudo nas condições crônicas. (CHIORO et al., 2020)

Dado esse cenário de riscos e possíveis danos à saúde física e mental, a busca por serviços especializados apresentou, inicialmente, alterações em sua dinâmica que avançaram para além da frequência de usuários habituais nos serviços. Isso incluiu a chegada de novos casos para acolhimento/atendimento relacionados com o pânico vivenciado por usuários(as) de infectar a si e a algum familiar, ou mesmo pessoas apresentando as primeiras crises, possivelmente desencadeadas pelo excesso da vivência dessa sensação e o aumento de situações de violências (sexuais, agressões físicas, institucionais) em unidades de pronto atendimento percebido pelos(as) trabalhadores(as). O medo, que se fez presente nas falas de participantes por diversas vezes durante a RC, evidenciou a necessidade do seu gerenciamento como processo importante frente ao receio que pessoas manifestaram em frequentar os serviços oferecidos pela Raps em tempos pandêmicos.

Os relatos de trabalhadores(as) da Raps durante a RC sinalizaram as dificuldades iniciais da pandemia da covid-19 e as repercussões em suas rotinas e vidas, associadas a sentimentos de angústia, falta de reação positiva frente a novas situações, além de práticas que passaram a fazer parte da vida de modo abrupto, sem protocolos instituídos para reorientar as dinâmicas inerentes aos processos de trabalho. Em contraponto, frente a tantas dificuldades, reflexões sobre a importância de movimentos de articulação da rede, da atuação da AB e do uso de tecnologias que possam viabilizar a realização de matriciamento foram ressaltadas pelo facilitador.

A suspensão de algumas atividades em serviços e o rearranjo das atividades desenvolvidas, também na Atenção Psicossocial Especializada, caracterizam a vivência pandêmica em Salvador/Bahia. Os documentos oficiais orientavam a suspensão

de atividades em grupo, a avaliação da gravidade dos casos como critério para a indicação da frequência nos serviços e a inclusão de Tecnologias da Informação e Comunicação[2] (TIC) para, por exemplo, a efetivação da estratégia do teleatendimento, como ferramenta para gerenciar casos. (SALVADOR, 2020) Fez-se, então, preciso pensar em outras formas de trabalhar diante do cenário desvelado pela pandemia da covid-19 para ressignificar o cuidado, adequando-o às novas condições. A assistência aos(às) usuários(as) dos serviços foi vista como demanda ainda mais acentuada e desafiadora nesse período inicial da pandemia.

As(os) trabalhadoras(es) da rede foram e permanecem sendo convocadas(os) frequentemente a desenvolver novos processos de trabalho, caracterizados pelo manejo de crises que precisam ser realizados com agilidade, distanciamento e, por vezes, com o uso de novas estratégias que se pautam principalmente no uso de tecnologias digitais (uso de TIC para operacionalizar a comunicação à distância), meios pelos quais se tornou possível a aproximação com os territórios. Emergiram como potência, nesse contexto, algumas iniciativas criativas em um Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB): o uso de tecnologias de audiovisual divulgadas por meios de comunicação, como o aplicativo WhatsApp, caracterizado por ser uma plataforma de mensagens instantâneas e chamadas de voz para *smartphones* que permite o envio de textos, imagens, vídeos e documentos em PDF. Além de ligações por meio da conexão com a internet e a conexão com redes sociais de compartilhamento de fotos e vídeos, como o Instagram. Essa iniciativa foi testemunhada como profícua para o exercício do vínculo e alcance da população.

O teleatendimento foi caracterizado por profissionais da rede como outra estratégia adotada para se aproximar dos usuários dos serviços, ainda que, por vezes, essa estratégia se apresentasse como desafio no estabelecimento da comunicação para um primeiro encontro, para manejo de casos de crises de sofrimento intenso ou mesmo para o uso de recursos lúdicos com público infantil. A ferramenta foi caracterizada pelos(as) trabalhadores(as), na RC, como uma forma de dizer: "Oi, estamos aqui!", marcando presença, aproximando-se dentro do possível, usufruindo dela como aliada importante para a manutenção de vínculos já existentes, mesmo que seja difícil fazer a vinculação de novos contatos. Sendo, por sua vez, propulsora de resultados benéficos para os usuários(as), de quem se tem um retorno muito positivo.

Quando comparado aos manejos anteriores ao contexto pandêmico, como sinalizado por participantes da RC em pauta, observa-se o estranhamento frente

2 Caracterizam-se por *hardwares* e *softwares* (exemplo: celular, aplicativos de comunicação por mensagem rápida e *webcam*).

aos instrumentos utilizados. A inserção da discussão sobre o uso dessas tecnologias, para a concretização das estratégias, corrobora a reflexão sobre esse estranhamento para além do esforço que resulta na criatividade citada durante a roda. Os(as) profissionais se dedicaram a driblar os desafios que envolvem a falta de recursos tecnológicos em todas as unidades das redes e níveis de assistência profissionais, agenciando suas realidades para manter o compromisso com o território e usuários(as). Isso estimulou uma dinâmica solidária sobre o uso dos telefones pessoais (com acesso à internet e planos de telefonia) de trabalhadoras(es) para exercício dos seus serviços, como forma de lidar com a ausência de infraestrutura de equipamentos para o desenvolvimento do vínculo nessa nova dinâmica. Uma participante da RC nos disse: "[...] *não vou abrir mão dos EPIs, mas posso usar meu telefone para atendimento*", sinalizando um acordo tácito realizado para que a assistência permaneça ativa.

Nesse contexto, o matriciamento e o gerenciamento de casos à distância passam a ser reconhecidos e caracterizados de acordo com as estratégias possíveis de serem realizadas, contribuindo para estabelecer fluxos que fortalecem o cuidado, além de evitar aglomerações nas unidades nesse momento. No entanto, ajustes fundamentais para a efetivação do matriciamento e das visitas domiciliares dependem de recursos mínimos para sua realização. Nesse âmbito, Salvador conta, atualmente, com 335 equipes de saúde da família, atendendo a aproximadamente 40,24% da população. A baixa cobertura da AB no município, de apenas 56,36%, dificulta a potência das estratégias de matriciamento devido à quantidade e distribuição distrital/territorial insuficiente. (BRASIL..., 2020) Isso se agravou desde a desregulamentação do financiamento dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. (BRASIL, 2019)

Mesmo com o direcionamento para o funcionamento *on-line* do serviço, recuo dos territórios e suspensão das atividades em grupo, algumas formas de agenciamento como visitas domiciliares, acolhimentos e atendimentos individuais não cessaram completamente, ainda que tenham se tornado muito diferentes da forma como eram feitas antes da pandemia. Nesse cenário, as(os) profissionais da gestão foram referidas(os) pelas(os) participantes como fundamentais para a efetivação da rede, principalmente no que corresponde à capacidade de nortear orientações, viabilizando maior segurança e equilíbrio para o desempenho das atividades dos serviços.

Outras problemáticas emergiram de maneira transversal e foram sinalizadas pelos(as) profissionais durante a RC: 1. Biossegurança e equipamentos de proteção individual (EPI) são, para alguns, novidades que suscitam dúvidas e problemas, desde a disponibilidade até a dificuldade de manejar equipamentos como a própria máscara (por exemplo, a dificuldade de respirar ao usá-la); 2. Atividades rotineiras e processos de trabalho têm sido prejudicados por falta de EPI, como o

acolhimento de usuários que chegam ao serviço; 3. As condições físicas de infraestrutura de alguns serviços de saúde, que impossibilitam o cumprimento de algumas normas de biossegurança (atendimentos em salas fechadas, sem circulação de ar) e que, consequentemente, inviabilizam a efetivação da oferta de serviços desde o início da pandemia.

A discussão sobre a testagem também se fez presente durante a RC, especialmente em falas caracterizadas pela angústia de participantes associadas à nota técnica sobre trabalhadoras(es) com suspeita de covid-19.[3] Esses participantes argumentaram sobre a situação da realização de testes em profissionais com sintomas gripais, já que o laboratório central estava levando testes rápidos para testagem coletiva das unidades nas quais havia casos positivos na equipe. Porém, nem sempre isso poderia servir como garantia de proteção contra infecção por Sars-CoV-19, tanto pelo fato de os testes rápidos não serem 100% eficientes, quanto por muitas pessoas não apresentarem sintomas gripais quando infectadas pelo vírus. A insegurança no trabalho alcançou, durante a RC, dimensões diversas, as quais também esbarravam com a sensação de negligência sobre os cuidados com as(os) profissionais. A discussão sobre EPI e sua caracterização como instrumento simbólico de potência do trabalho desempenhado passou a ser um dos aspectos imbricado nos processos de trabalhos de profissionais, assim como de características transversais a essa discussão, tais como: a utilidade e necessidade de EPI, e práticas de acolhimento da equipe que possam colaborar para o aumento da sensação de segurança no trabalho.

No início da pandemia, houve uma corrida para conseguir insumos, que faltaram no país inteiro. Máscaras N95 eram artigos de luxo; alguns profissionais no *front* demoraram para receber álcool em gel nos serviços em que trabalhavam; a prioridade para recebimento de insumos era dos hospitais; a situação era favorável para o empoderamento do hospital e o fortalecimento das tecnologias invasivas biomédicas na pandemia. Os serviços tinham condições singulares e distintas no acesso aos EPIs. Um serviço recebeu doações de *face shields* por parte de organizações não governamentais (ONGs); outro notou que os *face shields* recebidas tinham uma esponja na frente (o que está fora do padrão de segurança, já que pode acumular vírus); um terceiro serviço ressaltou que apenas a equipe direta de acolhimento às pessoas com sintomas recebeu avental e óculos. Até o momento da RC, o principal equipamento que tinha chegado aos serviços eram máscaras cirúrgicas, a despeito das solicitações de óculos de proteção de acrílico, aventais descartáveis e, também,

3 Nota Técnica do Centro de Operações de Emergência (COE) nº 35, de 28 de março de 2020.

do reconhecimento da indispensabilidade de equipamentos como as máscaras N95 para práticas profissionais.

Alguns profissionais, cientes dessas dificuldades de distribuição e da representatividade dos EPI – como símbolo da proteção mínima para o trabalhador, que nem sempre tem acesso ao material apropriado no contexto de trabalho insalubre e precarizado –, tiveram que ameaçar paralisar os serviços para conseguir os equipamentos. Em alguns casos, se fez necessário o próprio investimento financeiro para a aquisição. A falta de EPI em quantidade levou à reutilização de máscaras, expondo os profissionais ao risco iminente de contaminação. O facilitador da RC apontou para alternativas quanto ao uso dos EPIs, a exemplo da substituição do avental descartável pelo jaleco, quando não houvesse necessidade de exposição a ambientes diversos. Nesse caso, a recomendação valeria para a permanência nos serviços, mas não para as visitas domiciliares, quando o avental descartável é imprescindível.

Mais do que a indicação de uma mudança pontual, esses elementos expressam um acúmulo de questões que envolvem a agudização das demandas de profissionais das redes para o desenvolvimento de suas atividades, existentes antes mesmo da atual pandemia. Destaca-se, neste contexto, a saúde mental de trabalhadoras(es) expressa na indagação de participantes da RC: "*Como é que nós vamos cuidar dessa população se não cuidarmos, antes desse profissional de saúde?!*".

As repercussões iniciais do contexto pandêmico invadiram os territórios ora caracterizadas pela chegada do medo, ora dos óbitos em sua população adstrita. A exposição ao risco constante e iminente, por vezes, instalou a letargia do sofrimento pelo luto, evidenciando a emergência em manejar, entre tantos outros medos, o risco de morrer, como dito por participante da RC: "*será que na pandemia a crise também não é do medo?!*". A elaboração do luto de maneira coletiva foi abordada como urgente, considerando que a necessidade de se manter produtivo é imperativa em resposta à necessidade de cuidar daqueles que estão vivos. Uma ideia compartilhada entre os participantes e o facilitador da RC foi que a pandemia intensificou o olhar sobre as condições atuais da saúde pública brasileira, incitando a luta política a favor do Sistema Único de Saúde (SUS) e tornando mais evidente para a própria população a utilidade desse sistema.

A covid-19 não só tirou a atenção básica do território, como também tirou a atenção especializada. Alguns Caps fizeram apenas dispensas de medicamentos e suspenderam outras atividades. O medo de contaminação gerou a ideia de que as pessoas deveriam passar o menor tempo possível nos serviços. A assistência "despencou" em todos os aspectos, inclusive relacionais. As consultas passaram a ser mais curtas e sem privacidade, atravessadas pela insegurança e pelo medo. Se antes

alguns dispositivos não faziam visita domiciliar, durante a pandemia, a ausência das equipes nos territórios se tornou ainda mais evidente, justamente quando deveria haver investimento na intensificação dessa estratégia, para que as pessoas não precisassem se expor no trajeto até os serviços. Mas, para isso, é preciso EPIs apropriados.

Ao refletir sobre as estratégias adotadas no âmbito internacional e nacional, predominantemente pautadas no isolamento social, testagem e oferta de leitos hospitalares, sobretudo em unidades de terapia intensiva (UTI), Seixas e colaboradores (2021) reconhecem nessa escolha, além da importância e dos efeitos que surtem, o reforço de um conservadorismo alicerçado no modelo biomédico, que se estrutura em torno da noção de doença na sua dimensão exclusivamente biológica. No entanto, a repercussão da pandemia é complexa, e a perspectiva hospitalocêntrica e curativa tem se mostrado insuficiente.

A concentração da atenção à covid-19 em nível terciário foi também seguida pela Itália, epicentro da epidemia em março de 2020, mas, neste caso, uma mudança de direção reorientou o modelo até então adotado. A passagem do tempo levou à conclusão da necessidade de reequilibrar o modelo de assistência e aumentar a resposta territorial, que, dentre outros benefícios, favorece a diminuição da ocupação das instalações hospitalares. Optou-se pela aplicação de medidas organizadas de acordo com os contextos e outras especificidades, a fim de desenvolver respostas condizentes. A presidente da União Nacional das Associações para a Saúde Mental (UNASM), Gisella Trincas, na Itália, abordou a necessidade da retomada da rede territorial durante o enfrentamento da pandemia:

> O fortalecimento da rede territorial foi fundamental para não entupir hospitais e prontos-socorros, para a continuidade terapêutica e assistencial das pessoas mais frágeis que também teriam permitido o monitoramento de um possível desenvolvimento do contágio. Evitar um possível agravamento das condições mentais e de saúde em geral, não apenas dos usuários já responsáveis pelos serviços, mas também da cidadania severamente testada pelas restrições de liberdades pessoais, [...] A liberdade de movimento, a relação terapêutica, a afetividade, a qualidade de vida, o compromisso são ingredientes fundamentais no caminho individual da recuperação, na reconquista de uma confiança perdida. E o governo tinha e tem a responsabilidade de indicar ações e estratégias para proteger a saúde daqueles que vivem a condição de sofrimento mental (e para todas as fragilidades mais expostas), apesar da grave emergência de saúde que estamos enfrentando. (NEGROGNO, 2020, tradução nossa)

O território (distrito) sanitário, base da concepção dos serviços substitutivos, também tem uma função fundamental nas abordagens de crises, já que se indica que essa deve acontecer, preferencialmente, no local onde se encontra o sujeito, ou seja, em seu circuito de vida ou de cuidado: casa, rua, unidade básica de saúde (UBS), Caps, pronto-socorro etc. (ZEFERINO; RODRIGUES; ASSIS, 2015) O lugar e a função social da assistência não se alteram, o que mudam são os novos fluxos para o enfrentamento das situações.

Deparamo-nos com bravíssimas(os) trabalhadoras(es) da área de saúde, que mesmo com intercorrências pessoais, estavam e continuam atravessando o período com ou sem crises e resiliência; trabalhadoras(es) que estão em processo de organização e criação de novos modos de realizar a assistência remota, o acolhimento e as atividades no serviço (atendimento, dispensa de medicação, ações em território etc.).

Os desafios provocados e acentuados pela covid-19 tangenciam discussões antigas sobre a saúde do(a) trabalhador(a), o cuidado a quem cuida e as estratégias necessárias para sua garantia. A garantia de proteção e biossegurança aos profissionais corresponde à parte relevante da infraestrutura de combate à uma epidemia, (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2020) o que permite a reflexão sobre a extensão da dimensão de cuidado. Dessa maneira, Saúde do Trabalhador define-se como:

> […] um conjunto de atividades que se destina, por meio das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde do trabalhador, assim como visa à recuperação e à reabilitação dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho. (BRASIL, 1990)

A Organização Mundial de Saúde, em 2005, elencou possíveis fatores do ambiente laboral que interferem na saúde mental, tais como: 1. falta de condições para o trabalho, 2. demandas conflitantes entre esferas pessoais e profissionais, e 3. o exercício excessivo do trabalho. Fatores que, somados a outros determinantes sociais, políticos e econômicos, constituem aspectos potenciais de relevância para planejar e executar intervenções no âmbito da saúde de profissionais.

O caráter disruptivo da pandemia tem conectado, de maneira intensa e constante, as pessoas aos riscos e medos, representando possíveis danos para a saúde física e mental. Por vezes, durante a RC, os relatos dos(as) profissionais indicaram as suas próprias vulnerabilidades associadas ao risco e ao medo da contaminação (envolvendo usuários(as) dos serviços e familiares de profissionais), agravado pela notória alta probabilidade de infecção, expondo o caráter de insegurança presente na impossibilidade de garantia de não se infectar pela covid-19 ainda que realize

testes, como nos disse um participante: "*Se testar hoje, posso me infectar amanhã*". As(os) participantes denominaram de solidão coletiva a experiência vivenciada e compartilhada, despertando a atenção para que não seja desprezada a pesquisa etiológica da crise e o medo, na condição de agente reorientador.

O atravessamento das crises pelas quais transitavam os profissionais era caracterizado por terrenos incertos e, principalmente, pela urgência de ser considerada a realidade latente dos territórios e da infraestrutura da qual dispunham os dispositivos de saúde. As recomendações oficiais que regiam os serviços de assistência à saúde precisavam ser seguidas de acordo com a realidade, sem serem tomadas "ao pé da letra", de modo inflexível. Era urgente prezar pelas avaliações de manejo mediante o quadro protagonizado pelo território e população adstrita, respeitando as condições de proteção.

O cenário sugere que o "trabalho é estar sempre entrando em crise", haja vista que a perspectiva do trabalho em saúde mental envolve o constante contato com demandas imbricadas ao caos, à barbárie, à pandemia, à fome, à crise econômica e às demais crises sociais. Para o facilitador, "é de se assustar que as pessoas não tenham água potável para *se higienizar, e o profissional que está no front vê tudo isso*". Em alguns territórios, é utópico acreditar ser possível fazer atendimento na rua, fora dos serviços, devido à grande circulação de pessoas e/ou ao risco de violências. As crises sanitária e social explicitam ainda mais a necessidade de trabalhadores(as) da saúde se reunirem para falar sobre a prática nesses tempos de pandemia.

Em meados dos anos 1980, começou a ser implementado o Programa Saúde do Trabalhador como parte integrante do movimento da Saúde ao Trabalhador, contemplando iniciativas que visavam à oferta da atenção à saúde na rede pública de serviços sanitários aos(às) profissionais. (LACAZ, 1997) Desde então, estados e municípios têm adotado programas, serviços e núcleos que contemplem tal proposta, mas que ainda têm muito caminho pela frente, até que alcancem sua maturidade e contemplem o princípio da ampla participação dos trabalhadores.

Em meio às contingências pandêmicas, a Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (Sesab), através de sua Superintendência de Recursos Humanos, decidiu implantar o serviço de acolhimento psicológico para seus e suas trabalhadores(as): uma equipe de profissionais do Sistema Integrado de Atenção à Saúde do Trabalhador (SIAST Assistencial/DGTES/SUPERH), profissionais de saúde do Centro de Referência em Atenção Integral à Saúde do Idoso (Creasi) e Diretoria de Vigilância e Atenção à Saúde do Trabalhador/Centro Estadual de Referência em Saúde do Trabalhador (Divast/Cesat). Em Salvador, também existe o Núcleo de Apoio e Atendimento ao

Trabalhador (NAAT), um serviço municipal com o objetivo de prestar assistência diagnóstica (covid-19) e cuidado em saúde mental para trabalhadoras(es).

Outras iniciativas aconteceram como, por exemplo, a oferta de acolhimento psicológico *on-line* do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (Cerest) para trabalhadores da área da saúde, atuantes nas respostas à covid-19 na capital baiana. Grupos independentes de psicólogas(os), psicanalistas e terapeutas também fizeram ofertas voluntárias e gratuitas de atendimento via TIC para profissionais de saúde (com destaque para profissionais da linha de frente), de modo profícuo durante os primeiros meses da pandemia.

Em contraponto a essas frentes mais voltadas para o indivíduo, outras propostas surgiram dos(as) próprios(as) trabalhadores(as) e contaram com discussões em grupos de profissionais referente ao cuidado, organização coletiva dos processos de trabalho (como fazer e o que fazer) e o ato de pensar, junto à equipe, formas de se proteger da infecção do Sars-Cov-2. Esses espaços para diálogo e partilha proporcionaram a expressão de falas sobre a própria saúde e vida dos(as) profissionais, mostrando-se eficientes na redução da ansiedade de trabalhadores(as) relativa à pandemia e no aumento da confiança.

O papel da gestão foi incluído a partir dos representantes presentes na RC, que reconheceram o lugar disposto e que se mostraram também envolvidos(as) no que tange à preocupação com trabalhadores(as) atuantes no território, diante da atenção necessária para manejo de cobranças aos(às) profissionais. O posicionamento de gestores(as) em acolher reações desses(as) trabalhadores(as) frente à pandemia, seja quando negligenciam o fenômeno ou mesmo quando paralisam, pode ser um manejo desafiador, porém ainda mais relevante, haja visto o contexto e suas implicações para manutenção da saúde mental de todos(as).

Conclusão

Os contextos agudizados pela pandemia se estendem ao trabalho, evidenciando os impactos sofridos nos diferentes níveis de assistência à saúde não apenas na dinâmica dos serviços, como também nos efeitos nos(as) próprios(as) profissionais. (REDE COVIDA, 2020) Expostos ao cenário pandêmico, profissionais de saúde se encontram como participantes ativos dos processos de reorganização social, em interface com demandas pessoais e coletivas que se manifestam em um momento de desastre, como o caracterizado pela covid-19.

Durante o gerenciamento de emergências, é esperado que o estado de alerta se torne característica presente e insistente na vida das pessoas. As repercussões de sintomas de ansiedade e depressão em profissionais já quantificaram 47,3% em outubro de 2020, como sinaliza pesquisa desenvolvida pela Fiocruz, além de comprometimentos no sono, hábitos pessoais e afins. (CARVALHO, 2020) O medo, seja de adoecer, de infectar pessoas próximas ou mesmo de ser excluído socialmente, e a sensação de angústia e tristeza se tornam latentes no contexto de desenvolvimento da pandemia e são somados às demandas anteriores, (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2020) O presente cenário da Saúde Pública Coletiva, para além do medo e de outras sensações que surgem nas rodas, e especialmente na roda em questão, indica o aumento do nível de estresse associado à precariedade da oferta de EPI, às adaptações à extensão de horário de trabalho e à própria dinâmica de respostas em constante movimento de ajuste às incertezas da pandemia.

O contexto é caracterizado por entraves a serem considerados quando o assunto são os impactos na saúde mental do(a) trabalhador(a). Reconhecer as vulnerabilidades do(a) profissional de saúde é compreender também que os impactos psicossociais durante uma pandemia são agravados mediante o nível em que se apresentam. Especialmente no que tange ao gerenciamento não apenas do que emerge dos processos de trabalho, mas também do seu próprio bem-estar e toda a sensação de desamparo e incapacidade que podem surgir nesse processo. (MATOS et al., 2021)A relevância das atuações de profissionais de saúde, enfatizada durante a pandemia (ainda em curso), destaca problemáticas presentificadas no funcionamento da rede, tais como o manejo de desafios para seu funcionamento, que inclui desde déficits de infraestrutura até sua dinâmica. A desvalorização e precarização do trabalho dos profissionais de saúde são sintomas sociais e históricos no Brasil, e reconhecer a vulnerabilidade desses profissionais, no cenário pandêmico, se caracteriza como um processo urgente para o suporte necessário e fomentador do fortalecimento da rede. (BARROSO et al., 2020)Outrossim, o contexto pandêmico engendrou crises nos processos de trabalho, antes desenvolvidos presencialmente por meio de estratégias relacionais (tecnologias leves, estratégias vinculares e grupais). (SEIXAS et al., 2020) A partir do relato da RC, realizada há pouco tempo do início e atravessamento da pandemia, não foi possível ensaiar sobre os impactos da interrupção da presencialidade e dos grupos em torno do cuidado dos(as) usuários(as). Algumas orientações institucionais, mesmo que de modo parcial, começaram a regular alterações no modelo de assistência em saúde mental durante o início da pandemia, fornecendo algum amparo para a ausência de repertório, respostas institucionais e assistenciais dos serviços. (SALVADOR, 2020)No início da pandemia, não houve resposta rápida com investimento em equipamentos tecnológicos

para ampliar as possibilidades de intervenção (telefones, computadores e tablets), disponibilidade de veículos para deslocamento com mais autonomia nos territórios, nem o incremento da disponibilidade e sensibilização para uso correto de EPI. Esses investimentos fortaleceriam as principais atividades que têm permitido ajudar no momento: visita domiciliar e teleatendimento. A falta de serviços compondo uma rede suficiente para abranger todos os territórios em suas respectivas necessidades impossibilita a atenção e o cuidado territorializados em muitas situações, inclusive situações de urgência e emergência que poderiam ser gerenciáveis pelo Caps III (se estes existissem em quantidade suficiente). Apesar dos aspectos de angústia e medo associados ao momento histórico e sanitário, a contingência fez surgir o desenvolvimento de processos criativos usando as TICs.

Respostas iniciais dos sistemas de saúde à crise sanitária pandêmica podem ser identificadas no investimento hegemônico na atenção terciária (hospitalar), tendência inicial em vários países, aliada à diminuição de ofertas de serviços territorializados, serviços de atenção especializada (saúde mental) e básica (APS), por desfinanciamento ou risco de contaminação. O resultado recrudesce a hegemonia biomédica com foco na doença (pandemia da covid-19) e menor foco em medidas de prevenção (redução de riscos biopsicossociais) que podem reduzir danos à saúde humana. Registra-se o reconhecimento da importância do investimento na atenção territorial básica, a fim de mitigar novas crises associadas ao contexto e à possibilidade de novas ondas de aumento nos casos. (WHO; UNICEF, 2020)Vale ressaltar que a descentralização do investimento da atenção terciária (hospitalar), em oposição às políticas públicas hospitalocêntricas (centradas na assistência hospitalar e em centros de especialidade), foi um ganho social e político das reformas sanitária e psiquiátrica brasileiras. E, desde então, há alguma distribuição de investimentos entre os níveis de atenção (primária, secundária e terciária), com uma aposta na APS em prevenção, promoção à saúde e redução de agravos. Se a vacina não é uma bala de prata para resolver a pandemia, os altos investimentos feitos em UTIs e tecnologias pesadas, sem o concomitante investimento na AB e no território, não serão suficientes para ultrapassarmos a crise sanitária da pandemia da covid-19: as ações devem ser complexas, considerando o ambiente de vulnerabilidades sociais identificadas em determinantes sociais da saúde. (ALMEIDA FILHO, 2020) O impacto do distanciamento social e da suspensão das atividades presenciais delineou atendimentos de natureza ambulatorial e recuados do território, confirmando-se um movimento de ambulatorização.[4] Enquanto isso, os manicômios não

4 Ambulatorização é a retomada de um sistema hierarquizado de serviços, centrados no hospital, que leva a um circuito de cuidado baseado em emergência-internação-ambulatório-internação.

fecharam as portas ou atenderam as demandas. Ou seja, a pandemia acentuou também o processo de remanicomialização do Brasil, que já estava em curso. (GUIMARÃES; ROSA, 2019) Como diz o adágio popular "por cima de queda, coice", a Rede Nacional Internúcleos da Luta Antimanicomial (Renila) apresenta a seguinte denúncia na *Carta aos secretários estaduais de saúde: em nome do compromisso ético com a reforma psiquiátrica brasileira:*

> Paradoxalmente, em plena pandemia, o governo federal, juntamente com a Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), vem a público no dia 03 de dezembro do corrente ano, em reunião do Conselho Nacional dos Secretários Estaduais de Saúde (CONASS), propor revogação de portarias essenciais para o funcionamento da rede de atenção psicossocial, atropelando os milhões de usuários, familiares e trabalhadores comprometidos com a defesa de uma saúde mental inclusiva, diversificada, territorializada e sem manicômios.
>
> [...] É evidente que a referida proposta traz em seu bojo o retrocesso a um cuidado centrado na internação asilar, prioritariamente no tratamento médico centrado e a extinção de financiamento dentro do SUS de serviços essenciais como os Consultórios na/de Rua, Serviços Residenciais Terapêuticos e Unidades de Acolhimento.
>
> [...] Enquanto a OMS indica a aplicação de 5% dos recursos da saúde na saúde mental, no Brasil, estudos recentes têm demonstrado que em 2010 havia aplicação de 2,7% do orçamento e que em 2016 caiu para 1,6%. (REDE NACIONAL INTERNÚCLEOS DA LUTA ANTIMANICOMIAL, 2020, p. 1)

Para além de todas as crises já existentes em tempos pré-pandêmicos, com os atravessamentos pandêmicos que atingem todas(os) trabalhadoras(es) do campo da saúde mental, velhas e novas crises surgem no campo da governança federal, com a ameaça de mudanças em políticas públicas governamentais da reforma psiquiátrica brasileira: crises manicomiais que ameaçam o modelo de assistência antimanicomial, de base comunitária e territorial, em serviços substitutivos (abertos) aos serviços manicomiais (hospitais e clínicas de psiquiatria, comunidades terapêuticas).

O Programa Pensar junto, Fazer com: saúde mental em tempo de covid-19, iniciativa do Laboratório de Estudos Vinculares (LEV), a partir dessa e de outras rodas,

---

A criação de serviços regionalizados (como os Caps) buscou, dentre outras funções, romper com essa lógica.

foi reconhecido por trabalhadoras(es) e gestoras(es) como uma experiência capaz de criar um espaço e tempo de encontro para trocas e estabelecimento de vínculos. Essa foi a contribuição modesta desse grupo de professores que preferiram apostar na horizontalidade presente no método de roda de conversa e na circulação da palavra e construção coletiva do saber/fazer, em momento único de nossa história citadina e humana.

Nosso tema inicial eram crises (no plural), com todas as suas possibilidades semióticas, entre os modelos de como lidar com o fenômeno da crise no campo da saúde e os modos e tendências de como sistemas de saúde (em seus diversos níveis de atenção) enfrentaram a crise sanitária da covid-19. No entanto, nos deparamos com os resultados (crises) de atravessamentos pandêmicos em trabalhadoras(es), não propriamente no que se convencionou se chamar de "linha de frente" (assistência hospitalar), mas da atenção especializada (saúde mental/Raps) e da Atenção Primária em Saúde/Atenção Básica (APS/AB). Considerando as crises pré-pandêmicas e pandêmicas, não nos cabe prescrever soluções, mas sim frisar que o objetivo do programa de extensão era exata e literalmente não apenas um convite, mas um método dialético e ativo: pensar junto, fazer com, inclusive em relação às crises.

O sofrimento expresso por trabalhadoras(es) foi acolhido e, de certo modo, contribui para aglutinar suas organizações durante os primeiros meses da pandemia: com compartilhamento de dificuldades e potências criativas em processos de trabalho. Contudo, não podemos buscar a compreensão do sofrimento associado ao trabalho de modo reduzido ao local de trabalho, nem somente aos atravessamentos pandêmicos. A saúde mental (e o modelo de assistência em saúde mental) brasileira já estava em crise antes da pandemia. O momento social e político convoca a todas(os) que se importam com o campo da saúde mental brasileira a estarem atentas(os) às perdas identificadas, para nos movermos em direção a um horizonte de construção de novas forças de transformação e resistência, de linhas de criação em tempos protofascistas, que atingem todas as formas de diversidade humana, em defesa da liberdade e dos direitos humanos nas estratégias de tratamento em saúde mental.

Poderíamos, por fim, ensaiar que, desde outubro de 2018, boa parte da população brasileira entrou em uma crise existencial/social/política. A pandemia agudizou os sinais e sintomas de uma sociedade que, já em tempos pré-pandêmicos, demonstrava ter perdido a capacidade de empatia e vínculo social com a parte vulnerável da população brasileira, que vive em condições de invisibilidade social e que vivenciam sofrimentos efeitos colaterais dos genocídios mais antigos das populações indígenas e negras. Ou seja, estar em crise, atualmente, sendo trabalhador ou sem trabalho, é

um sinal de saúde mental, de resistência aos tempos que estamos atravessando. As dores e sentimentos podem ser relatados na perspectiva individual (de quem apanha), mas sabemos que as soluções de nossos ancestrais que apanharam e entraram em crises (banzos e loucuras) é de luta coletiva, política e gregária: juntos podemos ser mais fortes e criativos. "Eles passarão, nós passarinho!".[5]

Referências

ALMEIDA FILHO, N. Vacina não é bala de prata, pandemia exige ações complexas para superar a COVID-19. [Entrevista concedida a] João Vitor Santos. *Instituto Humanitas Unisinos*, São Leopoldo, 26 ago. 2020. Disponível em: http://www.ihu.unisinos.br/159-noticias/entrevistas/602215-vacina-nao-e-bala-de-prata-pandemia-exige-acoes-complexas-para-superar-a-quarentena-entrevista-especial-com-naomar-de-almeida-filho. Acesso em: 16 abr. 2021.

ANDRADE, M. M. *et al*. *Reforma psiquiátrica brasileira & mapeamento pré-pandêmico em redes de saúde mental de Salvador/BA*: a rede que temos, o modelo de assistência possível. Salvador: Edufba, 2021. No prelo.

AZEVEDO, M. S. *O cuidado à saúde mental em rede em um distrito sanitário de Salvador, BA*. 2010. 142 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2010.

BAHIA. Governo do Estado da Bahia. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. Nota Técnica COE – Saúde Nº 35, de 28 de março de 2020. Procedimentos Para Trabalhadores de Saúde da SESAB com suspeita de Covid-19 de contactantes da Área de Saúde. *Diário Oficial*: Salvador, 2020.

BARROSO, B. I. L. *et al*. A saúde do trabalhador em tempos de COVID-19: reflexões sobre saúde, segurança e terapia ocupacional. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, São Carlos, v. 28, n. 3, p. 1093-1102, 2020.

BRASIL tem 5.901 mortes e 85.380 casos confirmados por coronavírus. *G1*, Rio de Janeiro, 30 abr. 2020. Disponível em: https://g1.globo.com/bemestar/coronavirus/noticia/2020/04/30/brasil-tem-5901-mortes-por-coronavirus.ghtm. Acesso em: 28 abr. 2021.

5 Referenciando o verso "Eles passarão.../ Eu passarinho", de Mário Quintana, escrito no "Poeminho do contra".

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.659, de 14 de novembro de 2018. Suspende o repasse do recurso financeiro destinado ao incentivo de custeio mensal de Centros de Atenção Psicossocial (Caps), Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), Unidades de Acolhimento (UA) e de Leitos de Saúde Mental em Hospital Geral, integrantes da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), por ausência de registros de procedimentos nos sistemas de informação do SUS. *Diário Oficial da União*: Brasília, DF, 2018a. Disponível em: https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/KujrwoTZC2Mb/content/id/50486628/do1-2018-11-16-portaria-n-3-659-de-14-de-n. Acesso em: 5 abr. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.718, de 22 de novembro de 2018. Publica lista de Estados e Municípios que receberam recursos referentes a parcela única de incentivo de implantação dos dispositivos que compõem a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), e não executaram o referido recurso no prazo determinado nas normativas vigentes. *Diário Oficial da União*: Brasília, DF, 2018b. Disponível em: https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/KujrwoTZC2Mb/content/id/51521189/do1-2018-11-23-portaria-n-3-718-de-22-de-novembro-de-2018-51521040. Acesso em: 5 abr. 2021.

BRASIL. Ministério da Justiça. Resolução nº 1, de 9 de março de 2018. Define as diretrizes para o realinhamento e fortalecimento da PNAD – Política Nacional sobre Drogas. *Diário da Justiça Eletrônico*: Brasília, DF, 2018c. Disponível em: https://www.justica.gov.br/sua-protecao/politicas-sobre-drogas/conad/conteudo/res-n-1-9-3-2018.pdf/view. Acesso em: 5 abr. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução nº 8, de 24 de novembro de 2016. Dispõe sobre o processo de pactuação interfederativa de indicadores para o período 2017-2021, relacionados a prioridades nacionais em saúde. *Diário Oficial da União*: Brasília, DF, 2018d. Disponível em: https://www.conass.org.br/wp-content/uploads/2016/12/RESOLUCAO-N_8_16.pdf. Acesso em: 5 abr. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Dados cobertura atenção básica Salvador (BA): e-gestor atenção básica*. Brasília, DF: Secretaria de Atenção Primária à Saúde, 2020. Disponível em: https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml. Acesso em: 15 mar. 2021.

BRASIL. Proposta de Emenda à Constituição nº 241-A, de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*: Brasília, DF. 2016. Disponível em: https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=1495741#:~:text=PROPOSTA%20DE%20EMENDA%20%C3%80%20CONSTITUI%C3%87%C3%83O,Fiscal%2C%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%AAncias. Acesso em: 5 abr. 2021.

BRASIL. Presidência da República. Decreto nº 7.179, de 20 de maio de 2010. Institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e Outras Drogas, cria o seu Comitê Gestor, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*: Brasília, DF, 2010. Disponível

em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2010/decreto/d7179.htm#:~:text=DECRETA%3A,crack%20e%20outras%20drogas%20il%C3%ADcitas. Acesso em: 5 abr. 2021.

BRASIL. Presidência da República. Decreto nº 7.637, de 8 de dezembro de 2011. Altera o Decreto n. 7.179, de 20 de maio de 2010, que institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas. *Diário Oficial da União*: Brasília, DF, 2011. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7637.htm. Acesso em: 5 abr. 2021.

BRASIL. Presidência da República. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*: Brasília, DF, 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 10 jun. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação n. 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. *Diário Oficial da União*: Brasília, DF, 2019. Disponível em: https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-2.979-de-12-de-novembro-de-2019-227652180. Acesso em: 7 jun. 2021.

CARVALHO, P. R. Profissionais de saúde precisam estar protegidos, pois fazem parte da infraestrutura de resposta a esta epidemia. [Entrevista concedida a] Júlia Neves. *Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio*, Rio de Janeiro, 7 abr. 2020. Disponível em: https://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/entrevista/profissionais-de-saude-precisam-estar-protegidos-pois-fazem-parte-da. Acesso em: 23 maio 2021.

CHIORO, A. *et al.* COVID-19 em uma região metropolitana: vulnerabilidade social e políticas públicas em contextos de desigualdades. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, 28 set. 2020. No prelo. Disponível em: https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/download/1270/1969/2062. Acesso em: 20 jun. 2021.

COVID-19 interrompe serviços de saúde mental na maioria dos países, revela pesquisa da OMS. *Organização Pan-Americana da Saúde*, Brasília, DF, 5 out. 2020. Disponível em: https://www.paho.org/pt/noticias/5-10-2020-covid-19-interrompe-servicos-saude-mental-na-maioria-dos-paises-revela-pesquisa. Acesso em: 13 jan. 2021.

DAMÉ, L. Em crescimento, bancada evangélica terá 91 parlamentares no Congresso. *Agência Brasil*, Brasília, DF, 2018. Disponível em: https://agenciabrasil.ebc.com.br/politica/noticia/2018-10/em-crescimento-bancada-evangelica-tera-91-parlamentares-no-congresso. Acesso em: 4 abr. 2021.

FALHAS na resposta à COVID-19 levam Brasil à catástrofe humanitária. *Médicos Sem Fronteiras*, Brasília, DF, 14 abr. 2021. Disponível em: https://www.msf.org.br/noticias/falhas-na-resposta-covid-19-levam-brasil-catastrofe-humanitaria. Acesso em: 17 abr. 2021.

FIGUEIREDO, A. M. *et al*. Social determinants of health and COVID-19 infection in Brazil: an analysis of the pandemic. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, DF, v. 73, n. 2, 2020. Disponível em: https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0673. Acesso em: 5 jun. 2021.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. *Saúde mental e atenção psicossocial na pandemia da Covid-19*: recomendações gerais. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2020. Disponível em: https://portal.fiocruz.br/documento/saude-mental-e-atencao-psicossocial-na-pandemia-covid-19. Acesso em: 11 jun. 2021.

GUIMARÃES, T. A. A; ROSA, L. C. S. A remanicomialização do cuidado em saúde mental no Brasil no período de 2010-2019: análise de uma conjuntura antirreformista. *O Social em Questão*, Rio de Janeiro, ano 22, n. 44, p. 111-138, 2019.

JAGUGA, F; KWOBAH, E. Mental health response to the COVID-19 pandemic in Kenya: a review. *Journal of Mental Health Systems*, [*s. l.*], v. 14, n. 68, 2020.

LACAZ, F. A. D. C. Saúde dos trabalhadores: cenário e desafios. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 13, p. S07-S19,1997.

MATOS, A. A. *et al*. Saúde mental dos trabalhadores da saúde em tempos de pandemia. *Centro de Estudos da Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana*, Rio de Janeiro, 2021. Disponível em: http://www.cesteh.ensp.fiocruz.br/saude-mental-dos-trabalhadores-da-saude-em-tempos-de-pandemia. Acesso em: 22 jun. 2021.

MERHY, E. E. *et al*. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. *In*: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (org.). *Agir em saúde*: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 1997. p. 113-150.

MIGUEL, L. R. Dossiê "Crise". *Em Construção*, Rio de Janeiro, n. 4, p. 76-79, 2018. Disponível em: https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/emconstrucao/article/view/38478. Acesso em: 13 jul. 2021.

NEGROGNO, L. C'è ancora spazio per la Global Mental Health ai tempi del Covid-19? *Una Certa Idea Di…*, [*s. l.*], 2020. Disponível em: https://unacertaideadi.altervista.org/2020/03/ce-ancora-spazio-per-la-global-mental-health-ai-tempi-del-covid-19. Acesso em: 4 abr. 2021.

ÖĞÜTLÜ, H. Turkey's response to COVID-19 in terms of mental health. *Irish Journal of Psychological Medicine*, [*s. l.*], v. 37, n. 3, p. 222-225, 2020.

OLIVEIRA, E. 87% das denúncias de falta de equipamentos de proteção são sobre máscaras N95, diz associação. *G1*, Rio de Janeiro, 15 abr. 2020. Disponível em: https://g1.globo.com/bemestar/coronavirus/noticia/2020/04/15/87percent-das-denuncias-de-falta-de-equipamentos-de-protecao-sao-sobre-mascaras-n95-diz-associacao.ghtml. Acesso em: 28 abr. 2021.

PESQUISA analisa o impacto da pandemia na saúde mental de trabalhadores essenciais. *Fiocruz*, Rio de Janeiro, 2020. Disponível em: https://portal.fiocruz.br/noticia/pesquisa-analisa-o-impacto-da-pandemia-na-saude-mental-de-trabalhadores-essenciais. Acesso em: 11 jun. 2021.

PIGNON, B. *et al*. Dramatic reduction of psychiatric emergency consultations during lockdown linked to COVID-19 in Paris and suburbs. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, [*s. l.*], v. 74, n. 10, p. 557-559, 2020. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32609417/. Acesso em: 13 jul. 2021.

REDE COVIDA. A Saúde dos Trabalhadores de saúde no enfrentamento da COVID-19. *Boletim CoVida*: Pandemia de COVID-19, Rio de Janeiro, v. 5, 18 maio 2020. Disponível em: http://renastonline.ensp.fiocruz.br/sites/default/files/arquivos/recursos/boletim-covida-5-trabalhadores-da-saude.pdf. Acesso em: 3 maio 2021.

REDE NACIONAL INTERNÚCLEOS DA LUTA ANTIMANICOMIAL. Carta aos Secretários Estaduais de Saúde: em nome do compromisso ético com a reforma psiquiátrica brasileira. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, Florianópolis, v. 12, n. 33, 2020. Disponível em: https://periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/78901/45188. Acesso em: 20 maio 2021.

SALVADOR. Prefeitura Municipal. *Nota técnica*: novo Coronavírus DAS/CRP nº 001/2020: orientações para gestão de casos através de teleatendimento a usuários da atenção psicossocial especializada. Salvador: Prefeitura Municipal, 2020b.

SANTOS, B. S. *A cruel pedagogia do vírus*. Coimbra: Almedina, 2020.

SEIXAS, C. T. *et al*. A crise como potência: os cuidados de proximidade e a epidemia pela COVID-19. *Interface*, Botucatu, v. 25, n. 1, 2021. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832021000200200&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 4 abr. 2021.

WADOO, O. *et al*. Mental health during COVID-19 in Qatar. *General Psychiatry*, [*s. l.*], v. 33, 2020. Disponível em: https://gpsych.bmj.com/content/33/6/e100313. Acesso em: 1 abr. 2021.

WHO; UNICEF. Community-based health care, including outreach and campaigns, in the context of the COVID-19 pandemic. *World Health Organization*, Geneva, May 2020.

Disponível em: https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-Comm_health_care-2020.1. Acesso em: 13 jul. 2021.

ZEFERINO, M. T.; RODRIGUES, J.; ASSIS, J. T. (org.). *Crise e urgência em saúde mental*: organização da atenção psicossocial à crise em rede de cuidado. 4. ed. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2015.

REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA & MAPEAMENTO PRÉ-PANDÊMICO EM REDES DE SAÚDE MENTAL DE SALVADOR/BA

a rede que temos, o modelo de assistência possível

MARCELO MAGALHÃES ANDRADE • BIANCA SANTOS • FRANCISCO PEREIRA
AMANDA MAGALHÃES SOUZA • CLAFYLLA OLIVEIRA

> *[...] Me perguntam sempre o que a pandemia trouxe para os quilombos e eu respondo com a maior facilidade. A pandemia trouxe o que trouxe para o resto do mundo: a morte repentina e o inimigo invisível. A questão não é essa, a pergunta não é essa. Desfaça a pergunta colonial... Você tem que perguntar é assim: como os quilombos estavam quando a pandemia chegou? Essa é a pergunta que eu tenho condições de falar. Por que o que trouxe, trouxe para todo mundo. Agora, como estávamos...* (SILVA, 2021)

Apresentação

O ano de 2020 inicia-se com a pandemia do Sars-CoV-2 (covid-19), contingência imperativa que altera a dinâmica de vida de todos os povos do mundo. Esta publicação emerge da experiência de rodas de conversa realizadas desde abril até o mês de dezembro de 2020, no âmbito do Programa de Extensão Emergencial Pensar junto/Fazer com: saúde mental em tempos de covid-19, no município de Salvador, na Bahia. O programa é uma iniciativa de um grupo de docentes associados em torno

do Laboratório de Estudos Vinculares (LEV)[1] como estratégia relacional envolvendo universidade (docentes e estudantes do Instituto de Psicologia) e sociedade (profissionais das redes de atenção psicossocial em saúde mental), a partir do compartilhamento de experiências e vivências em um movimento de acolhimento e escuta.

Sob esse contexto atípico, novos arranjos foram necessários, em especial, no campo da saúde, envolvendo diretamente trabalhadoras e trabalhadores que se depararam com demandas emergenciais poucas vezes antes vistas na história mundial, convocando-os, assim, para a tomada de posicionamentos e processos de reorganização que objetivaram respostas. Nesse contexto, caracterizado pelas incertezas do terreno de uma crise sanitária, política, econômica e social, iniciativas criativas demarcaram estratégias para o enfrentamento da agudização do cenário já identificado em período pré-pandêmico.

A partir disso, a introdução é composta de duas partes: 1. Linha do tempo política, democracia, atenção e clínica – alterações recentes (2001-2020) nas políticas públicas de assistência em saúde mental (álcool e outras drogas): marcos históricos sociais e políticos – contextos nacional e estadual/municipal (2017- 2020), com realce dos momentos de avanços e recuos do movimento reformista relacionados ao contexto financeiro e político neoliberal internacional e nacional; e 2. modelos de assistência em saúde: reforma sanitária, reforma psiquiátrica e território. Pontua-se, nessa seção, a influência do ambiente social democrático para a reforma sanitária e a reforma psiquiátrica, e destacam-se aspectos sobre os modelos de assistência em saúde desenvolvidos após essas duas reformas, com o objetivo de identificar suas características e dinâmicas na busca de respostas às necessidades de saúde da população. Ressalta-se o arranjo em rede e a centralidade da noção de território para o desenvolvimentos desses modelos.

Na seção de mapeamento das redes de assistência em SM em SSA, apresentamos o mapeamento das redes de serviços e dispositivos da Atenção Primária em Saúde (APS) e da Rede de Atenção Psicossocial (Raps), encontrados no território do município de Salvador (BA), revelando um cenário sanitário. Com base nos critérios normativos legais e orientações técnicas, estabelece-se uma leitura crítica sobre

---

1 Criado pelo professor Marcus Vinicius de Oliveira Silva, à época docente do Instituto de Psicologia da Universidade Federal da Bahia (UFBA). O LEV, fundado por Marcus Vinicius, no início dos anos 2000, constituía-se como Grupo de Pesquisa também vinculado ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia-UFBA e seu objetivo era produzir conhecimentos teóricos acerca dos processos vinculares e suas dinâmicas subjetivas na perspectiva de colocar em análise as tecnologias relacionais baseadas nos manejos vinculares. Atualmente o LEV Ampliado é composto pelas Profas Mônica Lima, Denise Coutinho, Vânia Bustamante, Juliana Prates, Lika Queiroz, Suely Ayres e Prof. Marcelo Magalhães Andrade.

aspectos modernos (reformistas e antimanicomiais) e arcaicos (antirreformistas e manicomiais) presentes nas dinâmicas da rede, tendo em mente os serviços e estratégias identificadas.

Na discussão, com o início das alterações nas políticas públicas em saúde e saúde mental do país desde a Lei da Reforma Psiquiátrica nº 10.216 (BRASIL, 2001), identifica-se a dinâmica do campo de disputas históricas entre modelos de assistência em saúde (antirreformista/arcaico/manicomial *versus* reformista/moderno/antimanicomial). Alicerçados pela síntese desses elementos sociais, históricos e políticos, discutiremos o impacto na configuração da Raps soteropolitana e os modelos de cuidado possíveis, de acordo com a realidade material de trabalho das equipes de saúde, durante a pandemia.

Por fim, na seção conclusões, serão arrematados os principais fundamentos do que foi apresentado nas seções anteriores e serão brevemente abordados alguns aspectos do cenário pandêmico, em especial as medidas adotadas no âmbito das políticas públicas de saúde para o combate à pandemia de coronavírus na perspectiva estadual e local. Encontra-se vinculado a esta seção, ainda, articulações estabelecidas a partir dos processos de trabalho da Raps mediados pela identificação e caracterização da rede reconhecida pelo mapeamento disposto neste material.

Introdução

Para melhor compreender o momento pandêmico nas redes de saúde mental do município de Salvador, devemos resgatar, de modo breve, a trama histórico-política e epistemológica (teórica e técnica) tecida em âmbitos internacional, nacional, estadual e local, envolvendo modelos de assistência, marcos lógico-legais, trabalhadoras(es) e usuárias(os) de saúde mental do Sistema Único de Saúde (SUS). Essa trama foi tecida no panorama histórico da Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB), tendo como cenário os contextos políticos que engendram políticas de governo identificadas em investimentos públicos. A Lei nº 10.216/01 significou um marco, mas não uma transformação hegemônica do modelo de assistência. Desse modo, exibimos, em uma linha do tempo, um conjunto de marcos históricos e lógico-legais a partir dos anos 1990 até o ano de 2020 sobre a RPB. Por fim, em sequência cronológica separada, expomos a linha do tempo estadual (Bahia) e municipal (Salvador) concomitantemente à linha do tempo nacional.

Linha do tempo política, democracia, atenção e clínica – alterações recentes (2001-2020) nas políticas públicas de assistência em saúde mental (álcool e outras drogas): marcos históricos sociais e políticos – contextos nacional e estadual/local

O preâmbulo sócio-histórico-político que acontece na transição entre o final da década de 1970 e início dos anos 1980 acontece ainda no regime militar, no período de transição para o retorno do regime democrático no Brasil (1985-eleições indiretas). O Movimento da Reforma Sanitária (RS) surge nesse contexto, assim como o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), em 1978; em 1979, acontece a primeira visita de um dos mentores da reforma psiquiátrica italiana, Franco Basaglia, ao mesmo tempo em que surgem denúncias sobre violências e maus tratos no Hospital Colônia de Barbacena. No ano seguinte, em 1986, surge o Movimento pela Reforma Psiquiátrica Brasileira e é inaugurado o primeiro Centro de Atenção Psicossocial (Caps) do Brasil (CAPS Itapeva – São Paulo, SP). Essa sequência de eventos históricos culmina, em 1987, no Manifesto de Bauru, no nascimento do Movimento Nacional da Luta Antimanicomial (MNLA) e na realização da I Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM), indicando uma cobrança de mudanças no modelo de assistência psiquiátrica – até então exclusivamente hospitalocêntrico e manicomial – para um modelo inspirado pela RS, de base territorial e comunitária.

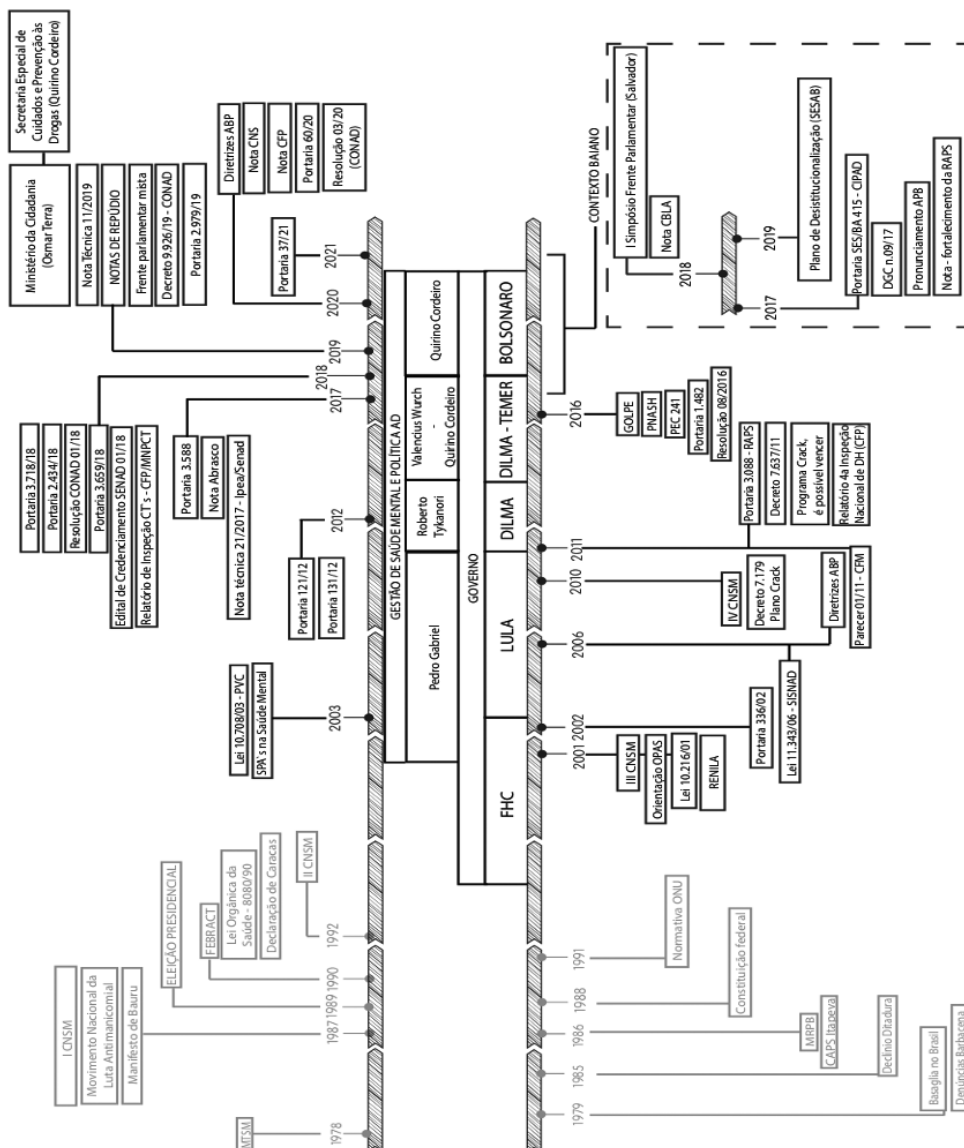
A Constituição Federal (CF) promulgada em 1988 e a eleição presidencial em 1989 (por voto direto) celebram, após o início da Nova República, um caldo social e político com a ascensão democrática na sociedade brasileira. Ao mesmo tempo em que a CF/88 define a saúde como um direito, inaugura o SUS a partir da Reforma Sanitária. Desde então, são definidos os princípios e diretrizes que regulam e orientam a assistência em saúde pública no Brasil. O início da década de 1990 é marcado pela Normativa internacional lançada pela Organização das Nações Unidas (ONU, 1991) sobre a "proteção de pessoas com problemas mentais e de sua melhoria na assistência de saúde mental" e pelo acontecimento da II Conferência Nacional de Saúde Mental, em 1992.

Apesar da ascensão da RPB, surge, de modo organizado, a Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas (Febract) que veremos mais adiante se transformar em um fenômeno político e social com implicações no modelo de assistência em desenvolvimento. Ainda na década de 1990, inicia-se a tramitação do Projeto de Lei Paulo Delgado, tendo como consequência a aprovação da Lei nº 10.216/01 (Lei da Reforma Psiquiátrica) que "dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental."

(BRASIL, 2001) No seu artigo 2º, são descritos os direitos assegurados aos sujeitos em sofrimento mental que, entre outras coisas, devem ser tratados "em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis" e "preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental", "visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade". (BRASIL, 2001) O artigo 4º, por sua vez, indica que

> [...] a internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes [e veda a] internação de pacientes em instituições com características asilares, ou seja, aquelas que não estejam de acordo com os recursos mencionados no artigo 2. (BRASIL, 2001)

Os princípios destacados acima são convergentes com outros marcos históricos lógico-legais que acontecem na primeira década dos anos 2000, que foi marcada por avanços e aprimoramentos da RPB a partir da III Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM), em 2001, e pela publicação da Organização Pan-Americana da Saúde, que orienta o cuidado para a atenção primária, práticas de promoção em saúde, territorializadas e intersetoriais. (RESTREPO; MÁLAGA, 2001) Outro avanço significativo foi a Portaria nº 336/02, que estabelece e normatiza a criação dos Centros de Atenção Psicossocial (Caps), em 2002. No ano seguinte, em 2003, os problemas relacionados ao uso nocivo de Substâncias Psicoativas – SPAs (álcool e outras drogas) começam a ser entendidos como questões de saúde pública e incluídos nas pautas da coordenação de saúde mental do Ministério da Saúde; no mesmo ano, é instituído, com base na Lei federal nº 10.708/03, o Programa De Volta para Casa (PVC), que institui o auxílio-reabilitação psicossocial "para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações", (BRASIL, 2003) com 206 beneficiados nos primeiros doze meses.

Figura 1 – Linha do tempo marcos históricos, sociais e políticos: contextos nacional e estadual (BA).

Fonte: elaborado pelos autores.

Após cinco anos da implementação da RPB, começaram a surgir manifestações contrárias (antirreformistas) às presentes nas diretrizes para um modelo de assistência integral em saúde mental no Brasil da Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), publicada em 2006. Tendência que continua na década seguinte com o Parecer nº 01/11 do Conselho Federal de Medicina que, em janeiro de 2011, considera o "Sistema CAPS antiético para atendimento a doentes mentais". (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2011)Desde a Lei nº 10.216/01, o Brasil, ao longo dessa década (2000-2010), concretiza avanços significativos na reorientação do modelo assistencial por meio de práticas institucionais em serviços substitutivos abertos (não manicomiais) em saúde mental. No final desse período, a sociedade civil foi submetida a uma massiva campanha midiática em relação a uma suposta "epidemia de crack" nos grandes centros urbanos (um projeto higienista e patologizante de populações vulneráveis, envolvendo pobreza e violência extremas contra pessoas em situação de rua). Como resposta ao *pânico moral*, (COHEN, 2002)[2] no ano de 2010, é instituído, pelo Decreto nº 7.179, o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, o qual sofre alterações por meio do Decreto nº 7.637, em dezembro de 2011, quando entra em vigência o programa Crack, é Possível Vencer, com um investimento anunciado de R$ 4 bilhões, sendo marcado, entre outras coisas, por ações voltadas para o combate ao tráfico de drogas e o fortalecimento dos setores de repressão (segurança pública e justiça). (BRASIL, 2011a) Estas ações promovem a incorporação das comunidades terapêuticas (CTs) no âmbito das políticas públicas e são resultado dos acordos políticos palacianos entre o governo federal e a bancada evangélica[3] no segundo governo Lula. (EBRAHIM, 2019) O levantamento realizado em 2017 pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea) identificou que, entre as CTs em funcionamento atualmente, a maior parte delas (139) foi fundada em 2011.

---

2 De acordo com Stanley Cohen (2002), um pânico moral ocorre quando "[uma] condição, episódio, pessoa ou grupo de pessoas surge e acaba sendo definido como uma ameaça aos valores e interesses sociais." A fictícia "epidemia de crack", fundamento do *pânico moral* que justificou o Plano e o Programa Crack, é desmascarada com a publicação do *III Levantamento nacional sobre o uso de drogas*, que aponta o consumo de crack e similares, ao menos uma vez na vida, por menos de 1% da população brasileira entre 12 e 65 anos. (BASTOS et al., 2017)

3 Termo aplicado a uma frente parlamentar do Congresso Nacional do Brasil composta por políticos evangélicos de partidos políticos distintos.

Também no ano de 2011, acontece o lançamento da Portaria nº 3.088/11, (BRASIL, 2011b) que institui a Rede de Atenção Psicossocial (Raps), marco que agrega as experiências exitosas de uma década da RPB (2001-2011), com uma contradição: ao mesmo tempo em que indica uma rede de serviços substitutivos para compor a rede, inclui as CTs como parte da rede, na condição de "suplementar". Entretanto, não indica parâmetros, características e atribuições em relação à presença das CTs na rede, e quais critérios e normas específicas elas devem atender. A portaria deixa lacunas na possibilidade de regulamentação e fiscalização dessas instituições que agenciam parcela significativa das demandas de internação da Raps, especialmente as relativas às pessoas que fazem uso de álcool e/ou outras drogas. Essa inclusão, e a publicação da Portaria nº 131, em 2012, que institui o incentivo financeiro às comunidades terapêuticas como serviço de atenção em regime residencial, demonstram a progressiva regulamentação dessas instituições que começa a se estabelecer depois do Plano Crack.

Em 2016, uma série de eventos políticos e sociais no Brasil culminou, no mês de agosto, com o impedimento e a deposição da presidenta eleita, Dilma Rousseff. Fato social considerado um golpe parlamentar (FERNANDES, 2019), ou simplesmente golpe, modo como se refere o ex-presidente Michel Temer. (RODA..., 2016)[4] Esse evento abalou a frágil democracia que vinha sendo construída desde meados de 1980, cenário em que os grupos políticos e economicamente dominantes acabam definindo os modos de financiamento e organização dos serviços e influenciam nas decisões tomadas pelo Estado. (TEIXEIRA, 2016) A democracia no Brasil, então, entra em vertigem, (DEMOCRACIA..., 2019) comprometendo a condição imprescindível para as reformas sanitária e psiquiátrica brasileiras. No mês de outubro, foi lançada a Portaria nº 1.482/16 (BRASIL, 2016) que cria, no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, o tipo 83 – Polo de Prevenção de Doenças e Agravos de Promoção da Saúde, que incluiu as CTs na tabela de tipos de estabelecimentos de saúde do CNES.

No fim do mesmo ano, segue o avanço das políticas econômicas neoliberais que barra o investimento no setor da saúde e, por conseguinte, dificulta a instalação da rede de serviços substitutivos de saúde mental. Com a aprovação da PEC 241/16, na Câmara dos Deputados, que passa como PEC 55/16 no Senado Federal, (BRASIL, 2016) definiu-se o congelamento por vinte anos dos gastos públicos em política social, o que induz o desfinanciamento do sistema público de saúde. Na mesma

4 O *impeachment* da presidente foi devido à acusação de ter cometido "pedaladas fiscais" (atrasou o repasse de verbas para apresentar melhores indicadores financeiros em determinado mês ou ano), prática realizada impunemente por ao menos dezessete governadores entre 2013 e 2014. (MEDEIROS, 2016) Para o jurista Alysson Mascaro, este golpe foi diferente do de 1964, pois foi advindo e estruturado por agentes do Ministério Público, da magistratura e de outras esferas do direito. (REDE TVT..., 2019)

direção, a Resolução nº 08/2016 altera a lógica de avaliação das prioridades do sistema de saúde no país por meio da substituição do indicador, que antes era a quantidade de Centros de Atenção Psicossocial (Caps) para cada 100 mil habitantes, pelas ações de matriciamento entre as equipes dos Caps e da atenção básica. Ou seja, essa avaliação não mais tem como critério o investimento do Estado na implementação de novos dispositivos nos territórios para atender o critério populacional, mas, sim, o índice de resolução dessas demandas pelas equipes de trabalhadores dos serviços já existentes.

Em abril de 2017, ao ser publicada a *Nota técnica nº 21*, pelo IPEA, sintetiza-se os principais dados da pesquisa que tomou como amostra 1.963 CTs e explana-se algumas características dessas instituições, entre elas, a generalização do tripé trabalho-disciplina-espiritualidade, presente através de atividades como laborterapia e cultivo da espiritualidade. (INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA, 2017) Segundo nota publicada pela Associação Brasileira de Saúde Coletiva (2017) contra os retrocessos da política brasileira de saúde mental, as CTs recebem quase oito vezes mais recursos do que o direcionado para a expansão da Raps (240 milhões para as CTs contra 31 milhões para expansão da Raps) e, por causa do desfinanciamento, não é possível experimentar a capacidade terapêutica dos serviços substitutivos territorializados que são reduzidos e precarizados, mesmo que sua superioridade em relação aos serviços de caráter asilar seja atestada em diversos estudos.

Em 21 de dezembro, dez dias depois da nota da Abrasco, é emitida a Portaria nº 3.588, que inclui os hospitais psiquiátricos na Raps, com o aumento no valor dos repasses de, em média, 65%, o incentivo à abertura de leitos e a exigência de ocupação de, ao menos, 80% dos leitos para que haja o repasse. Além disso, há o incentivo à ambulatorização do cuidado com equipes especializadas. (BRASIL, 2017) O natal chegou um pouco antes para os(as) alienistas brasileiros(as) em 2017.

O ano de 2018 é profícuo em incidências que definem novos rumos nas políticas públicas e na mudança de investimentos em saúde mental para usuários(as) de álcool e outras drogas. A Resolução Conad nº 01/2018 (BRASIL, 2018) define novas diretrizes para o realinhamento e fortalecimento da Política Nacional sobre Drogas (PNAD) com princípios antirreformistas manicomiais. Na mesma direção, foi lançado o Edital nº 1/2018 (BRASIL, 2018b) de credenciamento, que abre processo de credenciamento para a contratação de serviços especializados de acolhimento de pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas, em regime residencial transitório com as seguintes consequências:

> Um aumento de 100% no volume de recursos inicialmente previstos para este edital que eram R$ 37 milhões, devido a adesão dos Ministérios da Saúde e do Desenvolvimento Social. Tal investimento permitiu

> o aumento do valor do repasse mensal por vaga para as comunidades terapêuticas, reajustado para R$ 1.172,88 por adulto; R$ 1.596,44 por adolescente e R$1.528, por mãe nutriz, acompanhada do lactente. (BRASIL, 2018b)

Ao passo em que se começa abrir espaço e recursos financeiros para as CTs nas políticas públicas e governamentais, o Ministério da Saúde lança a Portaria nº 3.718/18, em 22 de novembro, (BRASIL, 2018) suspendendo os recursos de 1.176 Caps, alegando o não fornecimento de relatórios. Em 15 de agosto, o Ministério da Saúde (MS) lança a Portaria n° 2.434/18 (BRASIL, 2018a) que "Altera a Portaria de Consolidação n° 6/ GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para reajustar o valor das diárias de internação hospitalar acima de 90 (noventa) dias do Incentivo para Internação nos Hospitais Psiquiátricos", (BRASIL, 2018) acentuando o retorno de um modelo assistencial que prioriza modos de assistência manicomiais (CTs e hospitais psiquiátricos).

Em 2019, toma posse o novo presidente eleito, Jair Bolsonaro. Ano marcado pelo lançamento da *Nota técnica nº 11/2019* (BRASIL, 2019)[5], referente a esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas, que atribui papel central às CTs no tratamento de pessoas que usam drogas, configurando o desmonte da Raps e retorno da hegemonia manicomial. (ALVES et al., 2020) Várias manifestações contrárias às alterações realizadas na assistência em saúde mental foram publicadas (Abrasme, Abrasco, CFP, Renila). Apesar da reação da sociedade, acontece, na Câmara Federal, o lançamento de uma frente parlamentar mista em defesa da nova política de saúde mental. O campo de disputas entre grupos reformistas e antirreformistas permanece efervescente. Ainda em 2019, é publicado o Decreto nº 9.926/19 (BRASIL, 2019) que retira do Conselho Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (Conad) representantes da sociedade civil e especialistas.

Surfando em oportunidades, no ano de 2020, antigos personagens, representando forças retrógradas e antirreformistas, a Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) lança as *Diretrizes para um modelo de assistência integral em saúde mental no Brasil*. Nesse documento, a ABP apresenta uma proposta de sistema de atenção à saúde mental centralizado na psiquiatria, coloca como injusta a exclusão da eletroconvulsoterapia e dos hospitais psiquiátricos das políticas de saúde mental, já que ambos têm "bases científicas sólidas", alega que há uma progressiva exclusão de psiquiatras

---

5 Foi retirada do ar nos veículos oficiais, sob justificativa de que passaria por revisão da nova gestão (a exoneração de Quirino foi três dias depois do lançamento). Portaria da exoneração – Portaria nº 203/2019.

dos serviços de saúde e assume o compromisso de estabelecer, definir e atualizar os critérios técnicos necessários para a instalação do modelo proposto. (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA, 2020) Ou seja, uma proposta para ressurgimento do monopólio psiquiátrico nas políticas de saúde mental do país.

Em defesa da RPB, o Conselho Federal de Psicologia (CFP), o Conselho Nacional de Saúde (CNS) e o Conselho Nacional de Direitos Humanos (CNDH) emitiram notas sobre os ataques ao deputado Alexandre Padilha[6] por um pronunciamento em defesa da luta antimanicomial. O CNS e o CNDH lançaram uma nota conjunta em defesa da liberdade de expressão e opinião e da RPB, na qual denunciam que há mudanças infralegais (decretos e portarias) que atacam o marco legal e o processo histórico de construção de uma rede substitutiva de base comunitária para superar o modelo violador de direitos humanos manifesto nos hospitais psiquiátricos. (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2020) A nota do CFP menciona a conjuntura de retrocessos nas políticas de saúde mental nos últimos anos, traz como exemplos a Resolução nº 01/2018, do Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (Conad), e a Portaria nº 3.588/2017, defende que uma sociedade democrática prescinde de manicômios e que, além dos aspectos técnicos, é fundamental um debate ético que considere o ser humano na centralidade. (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2020)No âmbito das políticas públicas, também em 2020, destacam-se a Portaria n° 60 – que delibera sobre regras de validação das equipes e serviços da atenção básica no intuito de definir direcionamentos para fins de custeio e composição dos dispositivos deste nível de atenção – e a Resolução n° 3 do Conad, que prevê o acolhimento de adolescentes (pessoas com pelo menos doze anos completados) em comunidades terapêuticas por até doze meses, em um período de 24 meses, cogita articulações com redes territorializadas de serviços de saúde e permite o encaminhamento de pessoas egressas do sistema socioeducativo para essas instituições. (BRASIL, 2020)Em 18 de janeiro de 2021, os registros das equipes de atenção primária e saúde mental no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) são redefinidos através da Portaria n° 37 do Ministério da Saúde, (BRASIL, 2021) passando a ser responsabilidade da Secretaria de Atenção Primária à Saúde (Saps), criada dois anos antes pelo Decreto nº 9.795/2019. Esta medida se relaciona diretamente com a Portaria nº 2.979/2019, que institui o Programa Previne Brasil, interferindo no modelo de financiamento da Atenção Primária à Saúde (APS). Dentre as consequências mais relevantes desse conjunto de alterações, está o que pode ser descrito como uma interferência direta na estratégia de apoio matricial, resultado da articulação entre

6 Entre eles, um processo ético aberto pelo Conselho Regional de Medicina de São Paulo (CREMESP).

portarias que traem a premissa territorial do SUS e que culminam num corte do fluxo entre a rede especializada e a Atenção Básica. Isso aponta para um horizonte de ambulatorização que interfere diretamente no exercício do princípio da Integralidade do cuidado.

O cenário e enredo descritos acima caracterizam a repetição da pré-história da RPB no que tange às denúncias de violações de direitos humanos, a começar das recentes inspeções que buscam averiguar, nos lugares de internamento (CTs, hospitais e clínicas psiquiátricas), suas condições, e a existência de tratamentos indignos que violam os direitos do(a) cidadão(ã). Entidades como o Conselho Federal de Psicologia (CFP) e o Comitê Nacional de Prevenção e Combate à Tortura (CNPCT) revelaram, através de publicações oficiais, a reincidência histórica e trágica de instituições manicomiais que, além dos efeitos de cronificação, institucionalização e ruptura de laços sociais e afetivos, intrínsecos a esses tipos de instituição, apresentam novas matizes de expressão da violência institucional associada a movimentos religiosos. Esses movimentos defendem práticas de correção moral por meio de doutrinação religiosa, configurando estratégias morais de tratamento. (COMITÊ NACIONAL DE PREVENÇÃO E COMBATE À TORTURA, 2018; CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2017) A remanicomialização do modelo de assistência em saúde mental no Brasil fica posta, com as recentes políticas públicas do governo anterior (Dilma-Temer) e atual (Bolsonaro), agravada pelo congelamento dos investimentos em Saúde: (GUIMARÃES; ROSA, 2019) paralisando a instalação da rede de serviços previstos na Raps; a inclusão dos hospitais psiquiátricos na Raps (a partir da Portaria nº 3.588/2017); orientação de recursos financeiros para aumentar o valor do procedimento de internação psiquiátrica no SUS (pela Portaria nº 2.432/2018); suspensão do repasse de recursos para alguns dispositivos da Raps, com ausência de registro de procedimentos no sistema de informações do SUS (através das Portarias nº 3.659 e nº 3.718 /2018); abstinência como objetivo dos tratamentos para pessoas que usam drogas; incentivo à internação psiquiátrica (inclusive de crianças e adolescentes) e ao uso de eletroconvulsoterapia (ECT). (BRASIL, 2019)O estado da Bahia e o município de Salvador, desde o início da RPB, tiveram tímidos avanços na implementação de serviços substitutivos e no fechamento de leitos de internação em hospitais psiquiátricos (fecharam em Salvador o Sanatório Bahia, Hospital Santa Mônica e Casa de Saúde Ana Nery) (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA, 2017; BAHIA, 2010). Em 24 de setembro de 2016, a Portaria nº 1.727, do Ministério da Saúde, homologou o resultado final do Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares – PNASH/Psiquiatria 2012/2014, que indicava o descredenciamento dos hospitais com índice inferior a

40%, e daqueles que não alcançaram o índice mínimo de 61% do PNASH, após a sua reavaliação; (BRASIL, 2016) constavam no anexo da Portaria os hospitais psiquiátricos: Juliano Moreira e Mário Leal (Salvador), além do Hospital Afrânio Peixoto (Vitória da Conquista).

Corroborando esse movimento em direção à desinstitucionalização, manifestações pró-reformistas foram divulgadas na *Nota pública da Frente pela ampliação e fortalecimento da rede de atenção psicossocial da Bahia.*[7] A nota apoiava o fechamento dos hospitais e cobrava um plano do Estado que guiasse o processo de desinstitucionalização, a fim de assegurar à população a continuidade da assistência, visto que o argumento de que o fechamento dos hospitais levaria à desassistência já despontava em grupos contrários a essa ação.

Em torno de um mês após esses últimos eventos, a gestão estadual faz uma ação pró-reformista (inédita, dezesseis anos após a Lei nº 10.216/01), com a publicação da Portaria SES/BA nº 415/2017, (BAHIA, 2018b) que institui a Comissão Interinstitucional de Planejamento das Ações de Desinstitucionalização no Estado da Bahia (Cipad), em 31 de março de 2017.

Ainda no referido ano, houve, convergência com o contexto golpista de abalo da democracia, o ressurgimento da outrora combativa e conservadora corporação psiquiátrica, que se aproveitou dos ares antirreformistas para atacar, de forma inconsistente, a RPB em declaração divulgada pela Associação Psiquiátrica da Bahia (APB) em 11 de maio de 2017, (CREMEB..., 2017) apoiada pelo Conselho Regional de Medicina do Estado da Bahia (Cremeb). A referida declaração foi realizada em resposta ao posicionamento reformista do secretário estadual de Saúde, Fábio Villas Boas. Nos trechos destacados abaixo, expressam o desconhecimento (ou um não querer saber) da Portaria GM do MS nº 336/02, (BRASIL, 2002) que estabelece atribuições das modalidades de serviços por porte/complexidade e abrangência populacional:

> [...] CAPS não são o lugar adequado para o atendimento de surtos graves, quando há risco da integridade do paciente ou de terceiros, sobretudo de vida. [...] Inclusive os CAPS III não são locais de internamento, mas de acolhimento, sem os equipamentos necessários ao atendimento das crises graves. (CREMEB..., 2017)

7 Assinam a nota: Associação Brasileira de Saúde Mental (Abrasme), Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco), Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), Associação de Usuários e Familiares do Estado da Bahia (AMEA), Associação Metamorfose Ambulante, Coletivo Baiano da Luta Antimanicomial, Grupo Tortura Nunca Mais/Bahia, Coletivo Intercambiantes Bahia, Mobiliza – Raps (Rede de Atenção Psicossocial) – BA, Núcleo para a Superação dos Manicômios – NESM, Núcleo Interdisciplinar em Saúde Mental – Nisam (ISC/UFBA), Núcleo de Humanização Arte e Saúde/UFSC e Rede Nacional Internúcleos da Luta Antimanicomial (Renila).

A impostura do pronunciamento da APB talvez não produza estarrecimento, se considerarmos a realidade dos municípios baianos, de modo predominante, incluindo Salvador, que não possuem suficientes serviços substitutivos que funcionem 24 horas com oferta de internamento breve para prescindir dos internamentos de longa duração por meta burocrática, mas sem justificativa clínica. A referida nota expressa a assunção pública de uma posição antirreformista destacada no trecho: "Afirmar que os CAPS podem realizar internamentos é negar o papel salvador de vidas dos hospitais especializados". (CREMEB..., 2017)Ao defender que um dos recursos da rede de assistência (a internação) seja somente realizado em unidades hospitalares, desvirtua a RPB, ao tentar reorientar o modelo para o hospital/internamento, valendo-se de um eufemismo para se referir ao hospital psiquiátrico. A declaração da ABP/Bahia é negacionista dos fatos históricos e uma forma de saudosismo à manicomialização. Os chamados hospitais psiquiátricos especializados, ou manicômios, já mostraram e demonstraram que a sua existência não propiciou nenhum tipo de melhoria para as pessoas que dele necessitam; pelo contrário, só serviu para excluí-las, segregá-las da sociedade e de suas famílias até hoje. A ABP/Bahia, na condição de corporação profissional especializada, em sua declaração, não cobra o papel do Estado na garantia da atenção integral das pessoas com transtornos mentais numa perspectiva de tratamento humanizado, digno, democrático e vem a público afrontar os direitos sociais e de cidadania de uma parcela vulnerável, propondo a defesa e manutenção de hospitais psiquiátricos.

Concluindo de modo trágico essa sequência de eventos antirreformistas, no mês de setembro de 2017, ocorreu uma ação civil pública, conjunta do Ministério Público Federal (MPF), Ministério Público Estadual (MPE/BA) e da Defensoria Pública da União (DPU)[8], que de modo preventivo, interpôs impedimento do fechamento (descredenciamento) de leitos de internação nos dois hospitais psiquiátricos de Salvador.[9] (JUSTIÇA..., 2017) Em seu objeto, define:

> Por meio da presente Ação Civil Pública, o Ministério Público Federal, o Parquet Estadual e a Defensoria Pública da União pretendem estancar a apriorística desmobilização dos serviços prestados pelos Hospitais Juliano Moreira, Mário Leal e Lopes Rodrigues, para evitar rebaixamento ainda maior do (já sofrível) nível de resolutividade da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) da Bahia. Nesse sentido, insta acentuar que a propo-

8 Ação Civil Pública baseada nos inquéritos civis n° 003.9.270800/2016/MPE e nº 1.14.000.000682/2017-66/MPF.

9 Mesmo hospitais que foram recomendados para descredenciamento na avaliação do PNASH.

> situra da presente Actio não implica prejuízo algum ao necessário e legal processo de desinstitucionalização de pacientes nos Hospitais Especializados em Atenção Psiquiátrica no Estado. (JUSTIÇA..., 2017)

A ação judicial usa argumentos semelhantes ao do pronunciamento da ABP provenientes do Inquérito Civil nº 1.14.000.000682/2017-66/MPF, a antiga associação entre judiciário e psiquiatria destacada por Foucault (2006) é atual na Bahia. A seguir, apresentamos um trecho do documento da ABP/BA e em seguida da ação civil pública:

> Inclusive, os CAPS III não são locais de internamento, e sim de acolhimento, sem os equipamentos e equipe necessários ao atendimento das crises graves. Também não se pode ir contra a individualidade do paciente ou contra o processo de controle medicamentoso da doença, estabelecendo prazos fisiopatologicamente irreais de internação. Afirmar que os CAPS podem realizar internamentos é negar o papel salvador de vidas dos hospitais especializados. (JUSTIÇA..., 2017).
>
> [...] os CAPS III não internam pacientes, fazem apenas acolhimento e observação, não sendo suficientes para os casos mais críticos, que são atendidos nos hospitais e emergências passíveis de fechamento; para além disso, não contam com profissionais habilitados em tempo integral; *que nem os CAPS III nem os leitos de saúde mental nos serviços hospitalares de referência podem fazer frente às necessidades dos pacientes mais críticos, por não contarem com equipe técnica compatível.* (fl. 92 do IC/MPF apud Ação Civil Pública)

Outrossim, essa ação de várias instâncias do judiciário é conservadora do modelo manicomial. Repete, no trecho destacado, a falácia indicada anteriormente no pronunciamento da ABP, (JUSTIÇA..., 2017) que tenta apresentar uma versão falsa de que alguns procedimentos em saúde mental só podem ser realizados em ambiente/atenção hospitalar e não em serviços substitutivos abertos de base territorial e comunitária.

No ano seguinte, em 2018, acontece, em Salvador, uma ação antirreformistas em defesa da Nova Política Nacional de Saúde Mental associada ao legislativo da cidade, na pessoa do Vereador César Leite (DEM), coordenador da Frente Parlamentar da Saúde Mental e Prevenção ao Suicídio, que repete, em âmbito municipal, o mesmo movimento antirreformista que acontece no legislativo federal (Frente Parlamentar em Defesa da Nova Política de Saúde Mental). Aconteceu,

em Salvador, o I Simpósio da Frente Parlamentar em Defesa da Nova Política de Saúde Mental, com a participação de Quirino Cordeiro, responsável pela implementação no pós-golpe, ainda no governo do presidente interino Michel Temer, da nova política de saúde mental por meio de ações governamentais divergentes da RPB e acentuou a reorientação manicomial do modelo assistencial em saúde mental, mesmo que não tenha sido revogada ou alterada a Lei nº 10.216/01. Em reação à realização do referido evento, o Coletivo Baiano da Luta Antimanicomial lança a nota *Entre o silenciamento das vozes e a escuridão como modelo manicomial: uma política de saúde mental que não tolera o debate*, se posicionando de forma contrária à nova política do governo federal e à tentativa da adesão a esse modelo pelo município de Salvador.

Dois anos após a criação da Cipad (2017), em 2019, foi aprovada na Plenária da Comissão Intergestora Tripartite da Bahia, no dia 17 de maio de 2018, publicada na Resolução CIB nº 139/18, (BAHIA, 2018) o Plano de Desinstitucionalização na Bahia no âmbito da Saúde Mental,[10] que define eixos de atuação para o fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial (Raps) no território baiano. Essa iniciativa surge da articulação entre diversos atores do cenário da saúde no estado da Bahia com o objetivo de estabelecer parâmetros e critérios para a desinstitucionalização da assistência em saúde mental nos municípios baianos. Contudo, há discrepâncias na listagem da rede de serviços existentes, quando comparado com fontes diferentes,[11] mas, de toda forma, o déficit na quantidade de serviços abertos ofertados à população soteropolitana é inegável. Principalmente de serviços abertos com funcionamento no turno noturno (Caps III, Caps AD III e Consultórios na Rua).

Contudo, esse importante marco técnico-histórico, até o momento, não tem se demonstrado capaz de, considerando o município de Salvador, efetivar a pretendida desinstitucionalização, em certa medida, devido ao não fechamento de leitos hospitalares e às ofertas insuficientes realizadas pela rede soteropolitana, por exemplo. Com uma rede capilarizada de serviços substitutivos distribuídos nos

---

10 Publicada pela Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (Sesab).

11 Enquanto que no Mapa da Saúde de Salvador, disponibilizado pelo site da prefeitura, constam dezessete Caps, na Sala de Apoio à Gestão Estratégica (Sage) do Ministério da Saúde, no Plano de Desinstitucionalização da Bahia de novembro de 2018, e em um dos sites do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (http://cnes2.datasus.gov.br/) constam dezenove Caps em Salvador, no outro site do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) (http://cnes.datasus.gov.br/) constam dezoito CAPS. Além das diferentes quantidades de Caps listadas em diferentes fontes de dados, existe diferença entre quais modalidades de Caps estão listados em cada fonte de dados, por exemplo, enquanto que o Caps Maria Célia da Rocha aparece em ambos sites do CNES como Caps II, aparece na Sage como Caps III.

territórios, e a adição de 36 dispositivos de funcionamento 24 horas com leitos de internação breve (dezoito Caps III e dezoito Caps AD III), quatro CAPSi, dezoito UAs, cinco SRTs (para desinstitucionalização de 38 pessoas em internação de longa duração no Hospital Juliano Moreira) e 127 leitos de saúde mental em hospital geral, (BAHIA, 2018a) o Plano de Desinstitucionalização (PD) propõe uma expansão significativa da Raps soteropolitana.

Modelos de assistência em saúde: reforma sanitária, reforma psiquiátrica e território

As reformas – sanitária e psiquiátrica – fizeram parte do processo de transição entre o regime militar (não democrático) e o regime civil (democrático). Duas experiências de reorientação e implementação de modelos de saúde que possuem suas origens ligadas à existência de um campo social de democracia como condição *sine qua non* para os seus desenvolvimentos e execuções.

Com o SUS, põe-se a criação de redes de serviços e ações regionalizadas e hierarquizadas, seguindo os princípios da universalidade, equidade e integralidade, que nortearam e orientaram a construção – ainda em curso – de um modelo de saúde mais próximo da realidade sanitária, econômica e social do país. Para isso, é preciso entender o que são os modelos de atenção à saúde, que, de modo geral, podemos conceber, de acordo com Paim (2003), como combinações tecnológicas estruturadas para a resolução de problemas e para o atendimento de necessidades de saúde, individuais e coletivas. Teixeira (2016) define e sintetiza os modelos de atenção, orientados pela articulação de três dimensões: 1. a gerencial, que diz respeito aos mecanismos de condução dos processos de reorganização das ações e serviços, conferindo direção e respondendo às tomadas de decisões;[12] 2. na dimensão organizativa, localizamos as relações entre as unidades de prestação de serviços;[13] por fim, 3. a dimensão técnico-assistencial refere-se às relações estabelecidas entre os sujeitos da prática e seus objetos de trabalho.[14]A fim de cumprir seu propósito, o SUS estabeleceu um modelo pautado em Atenção Primária orientada pela determinação social do processo saúde/doença, pela concepção ampliada de saúde, o cuidado territorializado, o enfoque comunitário e a coordenação do

12 Processos como reuniões, pactuação de metas e indicadores, planejamento de ações, avaliações das ações e serviços estariam contempladas nessa dimensão.

13 Pautadas na hierarquização dos níveis de complexidade tecnológicas do processo de produção das ações de saúde.

14 Essas relações são mediadas pelo saber e pela tecnologia que operam no processo de trabalho em saúde, sejam eles no plano da promoção, prevenção, proteção ou reabilitação.

cuidado numa rede integrada. Destaca-se, ainda, que a proposta de construção de redes regionalizadas e hierarquizadas de atenção à saúde foi uma estratégia utilizada por todos os países que implantaram sistemas de saúde com base nos princípios de universalidade, equidade e integralidade, a exemplo do Canadá, Reino Unido, Itália e Suécia. (KUSCHNIR; CHORNY, 2010) No campo da saúde mental, por sua vez, o modelo de atenção à saúde em rede e territorializado objetiva colocar em prática a integralidade do cuidado, uma alternativa capaz de lidar com a complexidade dos problemas apresentados, em contraposição ao modelo preexistente. Um arranjo em rede possibilita a troca de informações, poderes, recursos e estabelecimento de objetivos comuns para enfrentar problemas complexos. (AZEVEDO, 2010) Tanto o SUS quanto a RPB propõem e defendem a criação de redes de atenção, sendo, então, a noção de rede um importante operador nesses campos. (ZAMBENEDETTI; SILVA, 2008) A organização de redes regionalizadas constituiu um importante instrumento de ampliação do acesso e diminuição de desigualdades. (KUSCHNIR; CHORNY, 2010) Proposta pela Política Nacional de Saúde Mental, a mudança no modelo de Atenção à Saúde Mental dentro do SUS foi redirecionada tanto para ampliação como para qualificação do cuidado ancorado no território. (BRASIL, 2009 apud GARCIA; REIS, 2018) Dentre os objetivos gerais e as diretrizes que norteiam a existência e práticas no SUS e da Raps, o território surge como finalidade e fundamento essencial para indicar os serviços existentes na rede. (GARCIA; REIS, 2018) Logo, para compreender o modelo de assistência da Raps, deve-se compreender a função do território e da territorialização, não só as maneiras pelas quais as práticas são concebidas, mas também através das quais são implementadas.

Nesse contexto, a territorialidade é composta por movimentos que aderem os serviços oferecidos *in loco* nos equipamentos de saúde e que extrapolam a delimitação destes, agregando toda a complexidade protagonizada pelas pessoas que "territorializam" a comunidade, para além do espaço geográfico. A noção de cuidado nesse contexto agrega não só a pessoa em sofrimento, como também o ambiente e a rede com a qual ela se relaciona. Dessa maneira, território, territorialização e territorialidades se emaranham à noção e práticas de cuidado que as redes de assistência à saúde desempenham. (CAMPOS; BEZERRA; JORGE, 2020; LANCETTI; AMARANTE, 2006) Desse modo, o território se caracteriza por sua pluralidade e dinamicidade, e denota função longitudinal relevante nos processos de análise e constituição de ações no setor da saúde, ao passo que a territorialização exerce papel de ferramenta que proporciona aproximação entre profissionais e usuários(as) do território. (CAMPOS; BEZERRA; JORGE, 2020)

Mapeamento das redes de assistência em SM em Salvador

Para que o modelo da RPB seja efetivo, é necessária a implementação de uma rede de serviços substitutivos capilarizada, a fim de desinstitucionalizar a assistência e preconizar deslocamento na produção de resposta, não mais centrada na atenção manicomial (hospitalar ou CTs), mas em uma rede de serviços substitutivos que, do ponto de vista clínico, não produza processos de institucionalização. Para tanto, é imprescindível que a conjuntura favoreça uma aposta política dos entes (União, estados e municípios), alinhada e comprometida em implementar uma rede de serviços com ofertas de tecnologias relacionais, leves e leves-duras (MERHY; FEUERWERKER, 2009) para desenvolvimento de práticas que aconteçam em liberdade.

A Rede de Atenção Psicossocial não se reduz ao Caps, ela é muito mais ampla e composta por diversos pontos de atenção, tais como: ações de saúde mental na atenção primária, centros de convivência, consultórios na rua, unidades de acolhimento para adultos e para adolescentes que funcionam estreitamente articulados com os Caps – dentro de projetos terapêuticos singulares traçados para cada usuário/a que usar a unidade de acolhimento —, leitos de referência em saúde mental em hospitais gerais para serem suportes dos usuários que se tratam nos Caps e que necessitam de suporte hospitalar, especialmente os usuários de álcool e outras drogas com comorbidades clínicas. Desse modo, o mapeamento é um recurso relevante na medida em que possibilita visualizar a rede que temos, quais avanços, contradições e lacunas se apresentam no contexto das políticas públicas em saúde mental no Brasil nas últimas duas décadas e como isso influencia a construção do cenário evidenciado nos serviços de saúde e nas dinâmicas de trabalho atualmente no município de Salvador.

O número estimado de dispositivos a serem instalados em Salvador, segundo os critérios legais de população,[15] foi calculado baseado em dados de 2013, por serem os mais recentes encontrados que especificam a população por distrito sanitário. (SALVADOR, 2014) Esses são os dados tomados como base para todas as considerações que envolvem a quantidade de habitantes dos distritos sanitários presentes no texto. Nesse ínterim, foi tomado, como denominador, o critério populacional de instalação do tipo de dispositivo presente nas respectivas portarias, como numerador, a população do distrito sanitário, e efetuada a divisão. O resultado sempre foi aproximado para menos, já que as portarias preveem que os dispositivos devem

15 Portarias nº 3.088 e nº 3.090 de 2011, e Portarias nº 121 e nº 148 de 2012.

ser instalados em regiões com número de habitantes acima do critério populacional definido. (BRASIL, 2011b, 2011c, 2012a, 2012b) Os cálculos realizados consideraram os dispositivos já existentes nos territórios e estimaram, quando possível, a substituição de dispositivos de menor porte por dispositivos de maior porte, por exemplo, substituir Caps II por Caps III.

Exemplo de cálculo:

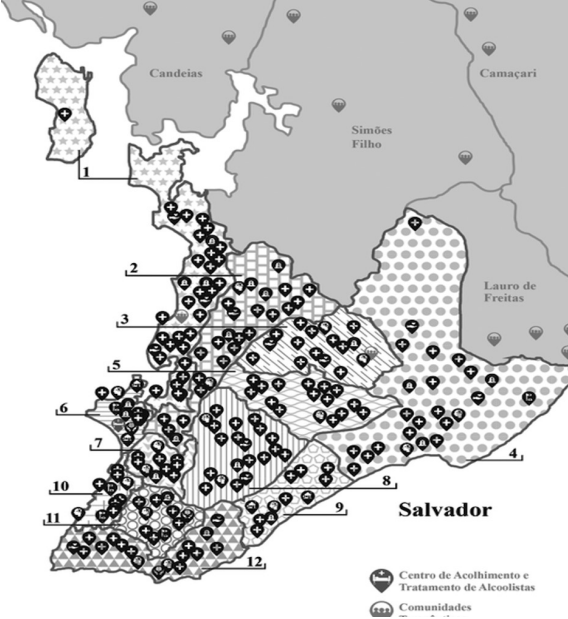
$$\frac{Liberdade}{CAPSIII} = \frac{193.377}{150.000} = 1{,}289 \simeq 1$$

Para uma proposta de rede congruente com o modelo de atenção preconizado pela RPB de base territorial, comunitária e participativa,[16] deve-se considerar outros fatores como o relevo geográfico, as dificuldades de locomoção (p.ex. percorrer distâncias muito grandes), e as disputas de poderes paralelos (p.ex. facções criminosas).

No entanto, mesmo com uma estimativa, tal como no exemplo acima, que considera apenas aspectos populacionais, a ampla defasagem da Raps soteropolitana fica evidente. Os serviços residenciais terapêuticos (SRT) também fazem parte da rede e funcionam integrados totalmente com os pontos de atenção de saúde mental. São, efetivamente, moradias, onde cada residente, dentro de sua possibilidade de autonomia, encontra neste local um lar, não se tratando, pois, de pequenas instituições. A Raps demanda a existência e a articulação entre vários dispositivos distintos de diferentes níveis de atenção em saúde. Sem isso, seu potencial é reduzido a formas de atenção e cuidado abaixo de seu projeto autêntico de rede territorializada e capilarizada de serviços substitutivos. Um projeto para suceder o antigo modelo hospitalocêntrico de cuidado e assistência em saúde mental não pode ser limitado ao mero decretar de leis e portarias coerentes com os ideais da RPB, o cumprimento dessas medidas legais é imprescindível. Contudo, a situação atual de Salvador nos remete à velha expressão popular "lei para inglês ver".[17]

16 Representantes da sociedade civil, gestores e trabalhadores de saúde e usuárias(os).

17 "Lei para inglês ver" é uma expressão usada no Brasil e em Portugal para leis ou regras consideradas demagógicas e que não são cumpridas na prática.

Figura 2 – Mapa da Raps de Salvador

Fonte: elaborado pelos autores.

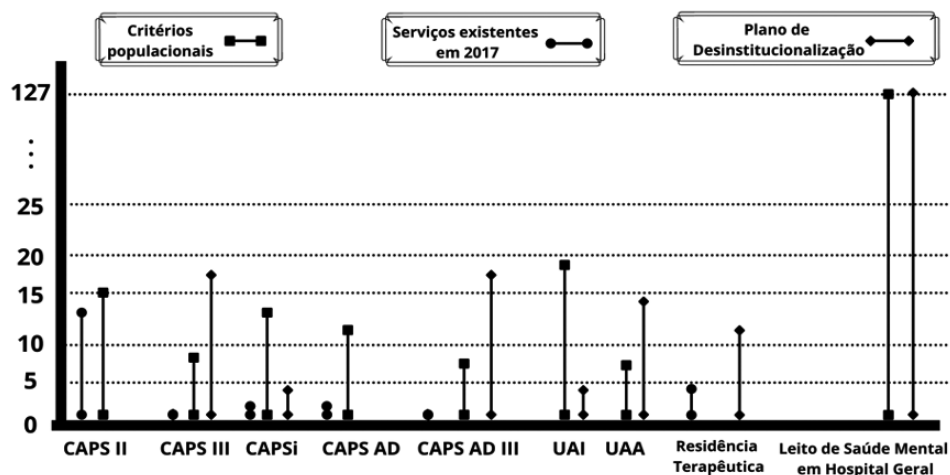
Quadro 1 – Distribuição das unidades pelos distritos em Salvador

	UBS** Unidade Básica de Saúde	Upa Unidade de Pronto Atendimento	CAPS* Centro de Atenção Psicossocial	Nasf Núcleos de Apoio à Saúde da Família	CNaR Consultório na Rua	SRT Serviço de Residência Terapêutica	CSM Centro de Saúde Mental
1 Subúrbio Ferroviário	29	3		3			
2 São Caetano	18	7	1 Caps II + 1 Caps ADIII	1			
3 Cajazeiras	11	1	2 Caps II	2			
4 Itapuã	16	3	1 Caps II + 1 Caps ia	2	1		
5 Pau de Lima	15		1 Caps II				
6 Itapagipe	5	2			1	2	1
7 Liberdade	7	1	1 Caps II + 1 Caps ia				
8 Cabula /Beiru	15	1	1 Caps II + 1 Caps AD	2			
9 Boca do Rio	7	1	1 Caps III			2	
10 Centro Histórico	7		1 Caps II + 1 Caps AD		2		
11 Brotas	6	1	1 Caps II		1		1
12 Barra /Rio Vermelho	11	1	2 Caps II	2			1
Total	**147**	**21**	**17**	**12**	**5**	**4**	**3**

** UBS, Usf e CS: Unidades Básicas de Saúde, Unidades de Saúde da Família e Centros de Saúde.
* Os Caps se diferenciam como Caps I, Caps II, Caps III, Caps AD, Caps AD III e Caps ia de acordo com os tipos de demanda dos usuários atendidos, da capacidade de atendimento e do tamanho.

Fonte: elaborado pelos autores.

Há incongruência da quantidade de serviços existentes, em 2017, em relação ao número de dispositivos estimados com base nos critérios populacionais de instalação, previstos em leis e portarias, (BRASIL, 2011b, 2011c, 2012a, 2012b) e o Plano de Desinstitucionalização da Bahia, que difere tanto do número de serviços estimados quanto da rede de serviços existentes.

Gráfico 1 – Comparação entre quantidades de serviços da Raps instalados em Salvador em 2017, em relação ao previsto de acordo com os critérios populacionais e com o Plano de Desinstitucionalização da Bahia.

Fonte: elaborado pelos autores.

A discrepância entre os serviços existentes e as outras duas opções é mais expressiva tratando-se de leitos de saúde mental em hospital geral, Caps III, Caps AD III, Unidades de Acolhimento Adulto (UAA) e Unidades de Acolhimento Infantil (UAI), enquanto a opção que indica o maior número de CAPSi é a estimativa baseada nos critérios legais (Gráfico 1). Ainda que haja diferenças entre a estimativa baseada nos parâmetros legais e a proposta do Plano de Desinstitucionalização, ambos demonstram a necessidade de uma enorme ampliação da RAPS soteropolitana, principalmente tratando-se de leitos de saúde mental em hospital geral, CAPSi, Caps III, Caps AD III e Unidades de Acolhimento.

A defasagem da Raps soteropolitana aqui exposta no Gráfico 1, no Quadro 1 e no mapa, devido à falta de serviços territorializados, abrangendo efetivamente o município, aglutina as demandas por serviços especializados em poucos pontos da cidade, fazendo com que alguns dispositivos sejam responsáveis pela demanda de diversos distritos sanitários, sendo que, segundo os parâmetros legais, (BRASIL,

2011a) em alguns casos, esses dispositivos não são suficientes nem para abranger o contingente populacional do próprio distrito sanitário em que estão localizados. Segundo dados de 2013, (SALVADOR, 2014) o distrito Cabula/Beiru tem 415 mil pessoas, o suficiente para a instalação de dois Caps AD III, segundo os parâmetros da Portaria nº 3.088. Entretanto, existe apenas um Caps AD no distrito, dispositivo indicado para regiões com população acima de 70 mil habitantes. (BRASIL, 2011a) O disparate é ainda mais significativo por esse serviço ser também responsável por mais outros três distritos sanitários (Boca do Rio, Itapuã e Liberdade), (SALVADOR, 2017) sendo, assim, responsável por um contingente populacional de mais de 800 mil pessoas. A mesma situação acontece no distrito sanitário de Itapuã, com população de 269 mil habitantes; (SALVADOR, 2014) territórios/distritos sanitários com quantitativo suficiente para instalação de dois CAPSi, segundo os critérios da Portaria nº 3.088. (BRASIL, 2011b) Não obstante, o único CAPSi do distrito de Itapuã também se responsabiliza por outros cinco distritos sanitários (Barra/Rio Vermelho, Boca do Rio, Cabula/Beiru, Cajazeiras e Pau da Lima), (SALVADOR, 2017) totalizando mais de 1 milhão de pessoas.

Em relação à presença das comunidades terapêuticas na rede, o levantamento realizado pelo Ipea, em 2017, identificou sessenta CTs registradas oficialmente em todo o estado da Bahia. Ao tentar buscar em meios oficiais, nos deparamos com apenas treze CTs, no estado, com algum tipo de registro: sete filiadas à Febract; uma registrada em Relatório de Inspeção realizado em 2011 pelo CFP; uma no CNES, incluída no Tipo 83 (Polo de Prevenção de Doenças e Agravos e Promoção de Saúde); duas ocupando cadeiras no Conselho Estadual de Políticas sobre Álcool e outras Drogas (Cepad) e duas disponíveis no Mapa Virtual de Comunidades Terapêuticas, vinculadas ao Ministério da Cidadania, através da Secretaria Especial do Desenvolvimento Social. Apesar disso, ao realizar buscas em meio não oficial, pela internet, localizamos 21 CTs em funcionamento no ano de 2020, apenas na região metropolitana de Salvador.

Além da subnotificação por vias oficiais, a possibilidade de serem credenciadas em diversas vias de financiamento, adquirindo um caráter híbrido (entre assistência social, justiça e saúde), dificulta a regulamentação norteada por critérios consistentes de atenção e cuidado em saúde mental dessas instituições. Nos relatórios de inspeção divulgados até o presente momento, apenas uma instituição do estado da Bahia aparece. Isso dificulta a divulgação de dados importantes, em meios oficiais, a respeito do funcionamento dessas instituições e sua relação e trânsito com a rede de atenção do município de Salvador que, apesar de ser conhecido por quem circula entre os dispositivos da Raps – principalmente nos Caps –, não tem dados divulgados

sobre sua participação no SUS/Suas e seus reais impactos nos processos de trabalho ou no itinerário terapêutico dos(as) usuários(as) dos serviços.

Discussão

A Constituição Federal de 1988 e as eleições presidenciais de 1989 demarcam o processo de consolidação democrática caracterizado por um cenário de ameaças. Tal panorama de atemorização foi protagonizado pelo projeto neoliberal guiado por organismos internacionais – como o Banco Mundial e o Fundo Monetário Internacional (FMI) – frente à universalização de direitos – a exemplo da saúde –, e também caracterizado pela heterogeneização da sociedade civil materializada no contexto dicotômico da saúde. De um lado, a reforma sanitária, que almejava a coletivização de direitos e universalidade da atenção, do outro, o projeto privatista que, através de mecanismos para responder às demandas da população pobre, objetivava transformar direitos em instrumentos de troca mercadológica. Nesse cenário, a filantropia se caracterizava como forma de atendimento às necessidades sociais, privatizando e terceirizando a atenção. (GUIMARÃES; ROSA, 2019) Os bens e serviços, no que tange à proteção social, se caracterizam como "antimercadorias", haja vista que a batalha entre o capital e o trabalho ocorre na esfera do Estado, das políticas sociais e da sua dimensão redistributiva, acirrando disputas do fundo público, emergindo a cidadania do consumidor, norteada pela falta de regulação do Estado. A transfiguração dos direitos do cidadão em direitos do consumidor, dirigida pela crescente dos sistemas privados de seguros de saúde e previdência, ativa uma lógica individualista que dificulta a capacidade coletiva de articular valores comuns, construir referências simbólicas de identidades e lugares partilhados, e conceber instituições portadoras de futuro. (GUIMARÃES; ROSA, 2019; OLIVEIRA, 1998; TELLES; HENRY, 2005) A progressiva e acumulativa fragilização dos horizontes coletivos de cidadania coloca a compra de serviços de saúde como um "bom negócio" para muitas pessoas, pois, mesmo que estes serviços estejam previstos como direitos universais, (BRASIL, 1988) o dilema entre público e privado em que vive o Estado brasileiro oscila, mas costuma pender para a desassistência no setor público. A exemplo da cronicidade do subfinanciamento da saúde mental, que apresenta seu orçamento, em período pré-pandêmico, em torno de menos de 2,0% dos orçamentos nacionais, distanciando-se de atender às demandas populacionais. (COVID-19..., 2020) Partindo da hipótese de que a posição capitalista dependente do Brasil promove dificuldades de implementação de suas políticas sociais (por seus fundos financeiros

estarem comprometidos com a dinâmica mundializada de império-dependência), uma análise à luz da teoria marxista da dependência realizada por autores como Alves e outros (2020), sobre as implicações assistenciais e epidemiológicas da RPB atreladas à totalidade do processo de acumulação capitalista. Desse modo, permite compreender a RPB em perspectiva incompleta e híbrida; atualmente, mostra predomínio de características asilares/manicomiais (arcaico) que coexistem com serviços de caráter substitutivo abertos (moderno).

As necessidades radicais de saúde da ampla maioria da população se deparam com sérios entraves para a reprodução do processo de acumulação capitalista nas especificidades da dependência, devido à orientação das políticas sociais de saúde mental. Essa situação impõe uma lógica particular às reformas e modelos de assistência à saúde, mesclando entre o arcaico e moderno, constituindo e derivando da formação social e do processo de acumulação capitalista. (ALVES et al., 2020) Ou seja, enquanto a totalidade social for determinada pela dependência, esta dialética tende a ser preservada. Considerando a perspectiva socioeconômica macro, ressalta-se a insuficiência da aposta técnico-legal para fazer acontecer (implementar) o modelo da RPB.

Percebe-se, ainda, que o arcaico e o moderno também operam no cuidado realizado nos dispositivos de saúde, atravessando processos de trabalho e práticas profissionais, com a capacidade de reduzir o potencial de cuidado necessário. Campos (2003), ao defender uma clínica do sujeito, reformulada e ampliada, julga condição *sine qua non* a incorporação das dimensões da vida social, política e subjetiva, e advoga práticas (estratégias) que acolham usuárias(os) na condição de sujeitos concretos na sua integralidade, a partir do protagonismo e da construção de uma cidadania ativa, integrada ao território existencial. A clínica do sujeito não produz os efeitos de institucionalização dos manicômios, denunciados por Franco Basaglia por cercear a liberdade.

Todavia, o insuflamento de modos manicomiais (arcaico) em dispositivos substitutivos (moderno) leva à reprodução da lógica manicomial e anula a efetivação dos processos de reforma outrora iniciados. Exemplos como a baixa diversificação de serviços instalados na rede, aumento da oferta de serviços de urgência e emergência que promovem uma assistência pontual e não longitudinal, e identificação do Caps como o único operador dos cuidados em saúde mental na rede, levam à asfixia desse ponto da rede, que, muitas vezes, "fecha-se" para a produção do cuidado no território. Ainda são presentes, nesse cenário, a escolha por intervenções que privilegiam o uso de tecnologias leve-dura (sobretudo medicamentosa) e médico-centradas, e a ausência de matriciamento da atenção básica, decorrente do estabelecimento

de processos de trabalho “para dentro”, ou seja, exclusivamente intrainstitucional, caracterizando uma atenção psicossocial desvirtuada.

Nessas condições, ao reproduzir esse modo de trabalho, os dispositivos, mesmo quando substitutivos, ao invés de produzirem *mais valia* para os sujeitos que são o foco do cuidado, em forma de resolução dos problemas de saúde, promoção da cidadania, garantia de direitos e protagonismo, correm um grande risco de diminuir sua capacidade e a da rede de resolver os problemas de saúde existentes. (CAMPOS, 2003) Ao observar os dados sobre saúde mental de São Paulo entre os anos de 2008 e 2017, nota-se o aumento na quantidade de serviços de atenção psicossocial, principalmente o Caps, com diferenças significativas entre as regiões do município. Junto a isto, percebe-se uma redução não muito expressiva de leitos psiquiátricos e uma dificuldade na integração entre Caps e atenção básica. (ALVES et al., 2020) Em relação aos profissionais, Alves e colaboradores (2020) discutem a concentração da força de trabalho, especialmente de psiquiatras, em serviços hospitalares e emergenciais, que pode dificultar a redução do número de atendimentos hospitalares, e, somado a isso, o enclausuramento em níveis secundários que não permitem transformações estruturais que promovam o rompimento com o modelo asilar.

Em Salvador, a insuficiente taxa de cobertura da atenção primária dificulta abordagens clínicas referenciadas em um serviço especializado (Caps) que garantam a integralidade da saúde em dinâmicas de referência e contrarreferência, e que desenvolvam matriciamento na atenção básica sem reforçar o antigo modelo hospitalocêntrico. A existência de pronto atendimento psiquiátrico (PAP) e a presença de psiquiatras em unidades de pronto atendimento (UPA), em território soteropolitano, (SALVADOR, 2020a; TEIXEIRA, 2020) demonstram a vitalidade do modelo asilar nas abordagens clínicas, identificado no papel social e simbólico do serviço que acolhe situações de sofrimento psíquico sem amparo da rede de serviços substitutivos. Os movimentos protagonizados pelo PAP e a inserção de psiquiatras em UPAs caracterizam serviços não territoriais, que acolhem e gerenciam casos em que pode prevalecer como resposta o encaminhamento para internações longas em hospitais psiquiátricos, comunidades terapêuticas (CTs) e nos poucos serviços substitutivos dispersos que realizam esse tipo de atendimento.

Torna-se possível afirmar, a partir dos dados dispostos na seção anterior, que algo similar acontece em Salvador. A coexistência de serviços asilares e substitutivos se dá principalmente pela baixa capilaridade da rede e existência de dispositivos não territoriais. Apesar da legislação orientar as políticas públicas na direção do cuidado territorial, intersetorial e da inserção social das pessoas desinstitucionalizadas, ainda há escassez de serviços da Raps em Salvador com funcionamento 24h,

que realizem internações de curta duração (Caps III e Caps AD III). Essa escassez acaba por tornar necessário o recurso a instituições de caráter asilar (CTs e hospitais psiquiátricos) para lidar com as demandas da população, que não encontra outras opções e que, por isso, vê as instituições asilares como pontos essenciais da rede de saúde mental. Desse modo, naturaliza-se uma falsa percepção que alimenta um discurso historicamente falso sobre a RPB e que encontra apoio na esfera judiciária. Esta, através da ação conjunta de diversos agentes do direito (MPF, MPBA e DPU), impediu o fechamento de leitos de internação em hospitais psiquiátricos na cidade, (ASSOCIAÇÃO..., 2017) marcando um importante retrocesso na Bahia, outrora vanguarda no que diz respeito ao avanço da RPB.

O investimento público nas CTs acontece num contexto em que o retorno dos hospitais psiquiátricos já vinha sendo fomentado com força total pela Portaria nº 3.588 de 2017, que se caracteriza, principalmente, pelo seu caráter de reorientação do modelo da Raps. Tal movimento enfraquece as dinâmicas de cuidado territorializado que a Raps vinha fortalecendo por meio das equipes de atenção básica e do incentivo ao matriciamento, e deixa evidente que o foco central do cuidado passa a ser a internação em CTs e hospitais psiquiátricos, no intuito de alimentar as indústrias da doença e da loucura. (GUIMARÃES; ROSA, 2019) No cenário estadual e local, surgem personagens tais qual o pastor sargento Isidório, deputado federal com mais votos na Bahia em 2018, idealizador e administrador de uma CT com capacidade para 1,3 mil internos. (LEAL; COELHO, 2020; PASTOR..., 2018)

O que não é um ponto fora da curva, o cenário é propício para isso: 1. Plano e Projeto Crack; 2. Inclusão das CTs como dispositivos da Raps; 3. Aumento dos repasses para as CTs; 4. Desfinanciamento dos serviços substitutivos da Raps; 5. Crescimento progressivo da bancada evangélica no congresso. (BRASIL, 2010, 2011a, 2012, 2018, 2018a, 2018b; DAMÉ, 2018) Mesmo tardio, o Plano de Desinstitucionalização (PD) do estado da Bahia (BAHIA, 2018a) é uma contraposição à reorientação progressiva das políticas nacionais de saúde mental para o arcaico-manicomial desde o Plano Crack. (BRASIL, 2010) Ainda assim, o PD não aparenta desestabilizar o *status quo* manicomial-privatista, local e nacional, decorrente de: 1. avanço sistemático da hegemonia neoliberal; 2. diminuição do nível de organização das forças políticas envolvidas na RPB e na RSB; 3. árduas condições sociais impostas pela violência, miséria e superexploração da força de trabalho. Três elementos que desmobilizam o poder de organização de sanitaristas e da classe trabalhadora. (ALVES et al., 2020) Em 13 de março de 2020, os três primeiros casos de coronavírus são confirmados em Salvador. (SALVADOR, 2020) O desconhecimento sobre o vírus, formas de contágio, efeitos e sequelas no organismo provocaram um estado de pânico coletivo

devido ao crescimento vertiginoso dos índices de infecção e risco de colapso do sistema de saúde (público e privado).

Com a pandemia instalada, o governador do estado da Bahia institui o Comitê de Transparência das Ações de Enfrentamento ao Coronavírus, no intuito de monitorar e acompanhar os processos de aquisição de insumos e serviços, fiscalizar despesas e elaborar relatórios. (BAHIA, 2020) Em 18 de março, Salvador decretou situação de emergência para o enfrentamento da pandemia (SALVADOR, 2020) e lançou, paulatinamente, diversas notas técnicas para orientar os serviços de saúde municipais.[18] Entretanto, a conjuntura política e as condições concretas de funcionamento dos serviços de saúde não são as mais favoráveis para o cumprimento das orientações emitidas pela Secretaria Municipal de Saúde de Salvador. Assim, resta às trabalhadoras e trabalhadores da saúde a tarefa hercúlea de lidar com o estado de calamidade pública agravado pela pandemia de coronavírus.

Conclusão

Os aspectos históricos, sociais e políticos internacionais e nacionais, resgatados na introdução, possibilitam a compreensão ampliada dos saberes (ideias e ideais) e fazeres no campo da saúde mental brasileira e soteropolitana. Esses aspectos são atravessados por ondas de neoliberalismo marcadas por momentos históricos com experiências democráticas de média e baixíssima intensidade: (SANTOS, 2011) momento social e político no qual a democracia que esteve em vertigem (DEMOCRACIA..., 2019) atualmente está infectada de Sars-CoV-2, necessitando de atenção básica e matriciamento em saúde mental. Todavia, parece que todos estamos constrangidos e submetidos a um processo de naturalização da ideia de que o melhor para todos é reorientarmos os modelos de atenção vigentes (SUS e reforma psiquiátrica) e voltarmos a investir mais em modos de atenção que privilegiem a atenção hospitalar (que restringem/suspendem a liberdade como parte do tratamento), ambulatorial ou em serviços de urgência e emergências.

18 Destacam-se entre as indicações das notas técnicas: a) o papel atribuído à atenção primária (em especial aos Nasf) de monitorar, através de visita ao domicílio ou telefonemas, os pacientes em isolamento domiciliar; b) prescrição de tratar a sintomatologia, já que ainda não há medicamento para coronavírus; c) garantia de acolhimento às pessoas em situação de rua, com importante papel das equipes de Consultório na Rua; d) reconhece a suspensão e/ou restrição das agendas e atendimentos como algo comum nos serviços de saúde; e) preconiza interrupção das atividades em grupo nos serviços de atenção psicossocial especializada; f) indicação de teleatendimento na atenção psicossocial especializada; g) orientações para realização de visitas domiciliares pelos serviços de atenção psicossocial especializada. (SALVADOR, 2020b, 2020c,2020d, 2020e, 2020f, 2020g, 2020h)

O hospital psiquiátrico, em nossa história recente, foi um lugar de exclusão e de mortes registradas num conjunto de produções acadêmicas, artísticas e culturais: em filmes, como *Bicho de sete cabeças* (2000) e *Nise, o coração da loucura* (2015), livros, documentários, como *O holocausto brasileiro* (2013), *Estamira* (2006) e em peças de teatro, como *Bispo* (2016), baseadas em fatos reais. Além desses elementos culturais, um fato histórico foi fundamental: a condenação do Brasil na Corte Interamericana de Direitos Humanos da Organização dos Estados Americanos (OEA) pela morte de Damião Ximenes (paciente espancado e morto em uma clínica psiquiátrica em Sobral, no norte do Ceará). A morte do cearense não ficou impune como as de tantas outras vítimas do sistema manicomial brasileiro, que encontraram a morte onde suas famílias depositavam esperança de saúde e vida.

Mesmo assim, parece que houve e há uma tentativa de recalcar o mal, presente nos lugares de aprisionamento (manicômios e prisões), e hoje assistimos o retorno dos recalcados: a psiquiatria psicofarmacológica hegemônica, a defesa do eletrochoque (eletroconvulsoterapia), o governo que investe recursos públicos em CTs e, nas grandes capitais brasileiras, as clínicas psiquiátricas privadas, que voltaram a ter um lugar de destaque, como acontecia no Brasil do regime militar. Eles voltaram se sentindo atores de um processo no qual não pesa sobre eles a responsabilização do holocausto brasileiro. (ARBEX, 2013) O modelo manicomial/asilar ficou conservado na oferta em hospitais e clínicas psiquiátricas; certas práticas retornaram nas comunidades terapêuticas, sem considerar o passado recente e atual de violações de direitos humanos.

As normativas oficiais como a Nota Técnica nº 11, de fevereiro de 2019, e a Emenda Constitucional nº 95, de 2016, são exemplos de que o modelo assistencial da RPB ainda está distante de se concretizar de forma firme. Elas indicam que o modelo manicomial no Brasil ainda é orgânico e potente. Mesmo considerando os êxitos comprovados em regiões e serviços (casos isolados), o município de Salvador está longe de ter concretizada uma rede de serviços abertos, territoriais e comunitários. Isso ocasiona um modelo de assistência que incentiva a oferta asilar/manicomial massiva em CTs, hospitais e clínicas psiquiátricas, usando predominantemente estratégias baseadas em tecnologias duras e invasivas, que restringem a liberdade das(os) usuários(as) como forma de tratamento e oferta predominante.

Por fim, a partir de nossa incursão sobre nosso histórico recente de alterações e retrocessos da RPB, constata-se que, em Salvador, considerando o cenário sociopolítico-assistencial internacional e nacional, a RPB acontece de modo parcial na dimensão "técnico assistencial" das relações estabelecidas entre os sujeitos

da prática e seus objetos de trabalho.[19] Contudo, a dimensão gerencial, identificada em mecanismos de condução dos processos de reorganização das ações e serviços, (TEIXEIRA, 2016) não apresenta políticas ou modos de gestão que possam desinstitucionalizar a assistência em saúde mental local.[20] A situação gerencial da rede de serviços (insuficiente e sem lastro territorial) que identificamos no mapeamento das redes (APS e Raps) tem consequências na dimensão organizativa, nas relações entre as unidades de prestação de serviços.[21]Há muito que se fazer nos serviços de base territorial. A proximidade com a comunidade pode apoiar na identificação de casos novos no domicílio e na comunidade, garantir o acompanhamento dos usuários na multiplicidade de outras situações de saúde, e assegurar a continuidade do cuidado após internações, considerando os possíveis comprometimentos que exigirão reabilitação. (SEIXAS et al., 2021)Os cenários políticos locais, nacionais e internacionais que vivenciam a pandemia ecoam processos antigos, *devires* muito mais longevos do que o imprevisto Sars-CoV-2. Para o calendário astrológico chinês, 2021 é o ano do Boi de Metal: o segundo ano do novo ciclo de doze anos iniciado em 2020, um ano em que o sucesso será fruto de trabalho árduo, perseverança e superação. As adversidades expostas no presente texto não são novidades para muitas pessoas. Talvez o grande diferencial desta composição seja compilar informações sobre a rede de saúde mental soteropolitana concatenada com marcos históricos lógico-legais, que, até então, estavam dispersos. Desde antes da pandemia, trabalhadoras(es) lidavam com percalços e obstáculos intransponíveis por si só.

A inevitabilidade da organização coletiva vem se delineando progressivamente para quem defende e acredita na luta antimanicomial, uma luta árdua em que a perseverança não é opcional. Afinal, os manicômios e seus representantes resistem duramente a serem superados. Por isso, considerando que, passada a vertigem de nossa democracia agora em queda, considerando a democracia elemento-chave para a RPB, se faz harmonioso aludir a Karl Marx: trabalhadoras(es) da saúde, uni-vos! E, acrescentamos, uni-vos com outros segmentos e movimentos sociais em defesa da saúde pública (SUS) como direito do cidadão e da cidadã e obrigação do Estado.

Entretanto, o Brasil é como uma gangorra que oscila entre o fortalecimento do setor público em detrimento do privado e o fortalecimento do setor privado

19 Essas relações são mediadas pelo saber e tecnologia que operam no processo de trabalho em saúde, sejam eles no plano da promoção, prevenção, proteção e/ou reabilitação.

20 Processos como reuniões, pactuação de metas e indicadores, planejamento de ações, avaliações das ações e serviços estariam contempladas nessa dimensão.

21 Pautadas na hierarquização dos níveis de complexidade tecnológicas do processo de produção das ações de saúde.

em detrimento do público; apresenta como eixo principal o funcionamento do país como uma colônia de exploração (de recursos naturais e vidas humanas). Logo, qualquer percepção salvacionista que toma o Estado brasileiro como um potencial herói é negligente, ingênua, hipócrita ou esquecida de que os altos e baixos são intrínsecos às dinâmicas coloniais brasileiras. Todavia, assim como no parquinho, existem outros brinquedos, além da gangorra, em que são possíveis outras formas de agenciamento que podem "brincar" muito mais pessoas, como o carrossel: uma roda que gira com a força e potência das pessoas que efetivamente põem a mão nela. Com a pandemia, a crise econômica, política e social do país se agravou e tornou urgente modos de organização coletiva para lidar com as lacunas deixadas pelo desamparo do Estado. Diversas iniciativas foram tomadas em todo o país por organizações comunitárias que buscaram tecer redes de ajuda mútua, como, por exemplo, o Gabinete de Crise do Alemão,[22] um grupo organizado por ativistas da comunidade para pensar e agir sobre a pandemia no Complexo do Alemão, no Rio de Janeiro.

Ainda que amplo e minucioso, este estudo não soluciona os problemas com os quais o campo reformista/antimanicomial precisou lidar até o momento; apenas aponta alguns dados concretos da rede de saúde mental de um dos 5.570 municípios brasileiros. A replicação dos métodos desse trabalho em outros municípios e/ou regiões (tomadas as devidas providências e reflexões críticas) pode auxiliar na percepção do real estado da arte da RPB. Vale lembrar que, assim como não faltam leis e portarias "para inglês ver", também não faltam estudos e publicações "para intelectual ler" e prescrever soluções desconectadas da realidade. Os estudos antimanicomiais devem ser utilizados como base concretas que possam impulsionar o campo reformista para práticas em serviços e movimentos sociais organizados em redes de liberdade, e não como mero arcabouço teórico para eruditos.

Referências

ABRASCO. Nota contra os retrocessos da CGMAD/MS frente à política brasileira de saúde mental. *Associação Brasileira de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 11 dez. 2017. Disponível em: https://www.abrasco.org.br/site/noticias/posicionamentos-oficiais-abrasco/retrocessos-saude-mental-governo-temer/32436/. Acesso em: 23 mar. 2021.

ALVES, D. F. A. *et al*. Reforma psiquiátrica e a dependência brasileira: entre o arcaico e o moderno. *Revista Katálysis*, Florianópolis, v. 23, n. 1, p. 65-179, 2020.

22 Instagram/Twitter/Facebook: @gabinetealemao.

ARBEX, D. *Holocausto brasileiro*. São Paulo: Geração Editorial, 2013.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA. *Diretrizes para um modelo de atenção integral em saúde mental no Brasil*. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Psiquiatria, 2020.

ASSOCIAÇÃO faz manifestação contra fechamento dos hospitais psiquiátricos da Bahia. *Jornal Grande Bahia*, Salvador, 6 fev. 2017. Disponível em: https://www.jornalgrandebahia.com.br/2017/02/associacao-faz-manifestacao-contra-fechamento-dos-hospitais-psiquiatricos-da-bahia/. Acesso em: 4 jul. 2021.

AYRES, J. R. C. M. Organização das ações de atenção à saúde: modelos e práticas. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 18, n. 2, p. 1-23, 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902009000600003&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 30 mar. 2021.

AZEVEDO, M. S. *O cuidado à saúde mental em rede em um distrito sanitário de Salvador*, BA. 2010. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2010.

BAHIA. Governo do Estado da Bahia. Casa Civil. Decreto nº 19.682, de 7 de maio de 2020. Institui o Comitê de Transparência das Ações de Enfrentamento ao Coronavírus, e dá outras providências. *Diário Oficial*: Salvador, 8 maio 2021.

BAHIA. Justiça do Trabalho (5ª Região). Ato TRT5 nº 0147/2010. Disponibilizado no DJ Eletrônico do TRT da 5ª Região em 20.04.2010, página 1, com publicação prevista para o 1º dia útil subsequente, nos termos da Lei 11.419/2006 e RA TRT5 33/2007. *Diário Oficial de Justiça Eletrônico*: Salvador, 20 abr. 2010.

BAHIA. Secretaria Estadual de Saúde. *Plano de desinstitucionalização da Bahia*. Salvador: Sesab, 2018a.

BAHIA. Secretaria Estadual de Saúde (SESAB). Resolução CIB nº 139/2018, de 28 de maio de 2018. Aprova o Plano de Desinstitucionalização na Bahia, no âmbito da Saúde Mental, e define seus Eixos de Atuação para o fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no território baiano. *Diário Oficial*: Salvador, 2018b.

BASTOS, F. I. P. M. *et al.* (org.). *III Levantamento Nacional sobre o uso de drogas pela população brasileira*. Rio de Janeiro: Fiocruz: ICICT, 2017.

BICHO de sete cabeças. Direção e produção: Laís Bodanzky. Roteiro: Luiz Bolognesi. Rio de Janeiro: Columbia TriStar: Buriti Filmes: Dezenove Som e Imagens Produções, 2000. 1 DVD (90 min), son., color.

(O) BISPO. Direção: João Miguel. Roteiro: Edgard Navarro. Salvador: [*s. n.*], 2016.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Para entender a gestão do SUS/ Conselho Nacional de Secretários de Saúde*. Brasília, DF: Conass, 2003.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Sistema Único de Saúde/Conselho Nacional de Secretários de Saúde*. Brasília, DF: Conass, 2011.

BRASIL. Ministério da Justiça e Segurança Pública. Conselho Nacional de Políticas Sobre Drogas. Resolução nº 3, de 24 de julho de 2020. Regulamenta, no âmbito do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas – Sisnad, o acolhimento de adolescentes com problemas decorrentes do uso, abuso ou dependência do álcool e outras drogas em comunidades terapêuticas. *Diário Oficial da União*: Brasília, DF, 2020. Disponível em: https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/resolucao-n-3-de-24-de-julho-de-2020-268914833. Acesso em: 5 abr. 2021.

BRASIL. Ministério da Justiça. Resolução nº 1, de 9 de março de 2018. Define as diretrizes para o realinhamento e fortalecimento da PNAD – Política Nacional sobre Drogas. *Diário Oficial da União*: Brasília, DF, 2018. Disponível em: https://www.justica.gov.br/sua-protecao/politicas-sobre-drogas/conad/conteudo/res-n-1-9-3-2018.pdf/view. Acesso em: 5 abr. 2021.

BRASIL. Ministério da Justiça. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. *Edital de credenciamento*: Senad nº 1/2018. Brasília, DF: Senad, 25 abr. 2018b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*: Brasília, DF, 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 5 abr. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Nota Técnica nº 11, de 04 de setembro de 2019. Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas. *Diário Oficial da União*: Brasília, DF, 2019. Disponível em: http://cetadobserva.ufba.br/sites/cetadobserva.ufba.br/files/nota_tecnica_-_esclarecimentos_sobre_as_mudancas_da_politica_de_saude_mental.pdf. Acesso em: 5 abr. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.727, de 24 de novembro de 2016. Dispõe sobre a homologação do resultado final do Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares – PNASH/Psiquiatria 2012/2014. *Diário Oficial da União*: Brasília, DF, 2016. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2016/prt1727_24_11_2016.html. Acesso em: 9 abr. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União*: Brasília, DF, 2017. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003_03_10_2017.html. Acesso em: 5 abr. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*: Brasília, DF, 2011b. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acesso em: 5 abr. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.482, de 25 de outubro de 2016. Inclui na Tabela de Tipos de Estabelecimentos de Saúde do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES o tipo 83 – Polo de Prevenção de Doenças e Agravos de Promoção da Saúde. Diário Oficial da União: Brasília, DF, 2016. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2016/prt1482_25_10_2016.html. Acesso em: 5 abr. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 121, de 25 de janeiro de 2012. Institui a Unidade de Acolhimento para pessoas com necessidades decorrentes do uso de Crack, Álcool e Outras Drogas (Unidade de Acolhimento), no componente de atenção residencial de caráter transitório da Rede de Atenção Psicossocial. Diário Oficial da União: Brasília, DF, 2012a. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0121_25_01_2012.html. Acesso em: 5 abr. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 131, de 26 de janeiro de 2012. Institui incentivo financeiro de custeio destinado aos Estados, Municípios e ao Distrito Federal para apoio ao custeio de Serviços de Atenção em Regime Residencial, incluídas as Comunidades Terapêuticas, voltados para pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial. *Diário Oficial da União*: Brasília, DF, 2012b. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0131_26_01_2012.html. Acesso em: 5 abr. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 148, de 31 de janeiro de 2012. Define as normas de funcionamento e habilitação do Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, do Componente Hospitalar da Rede de Atenção Psicossocial, e institui incentivos financeiros de investimento e de custeio. *Diário Oficial da União*: Brasília, DF, 2012c. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0148_31_01_2012.html. Acesso em: 5 abr. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.434, de 15 de agosto de 2018. Altera a Portaria de Consolidação n° 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para reajustar o valor das diárias de internação hospitalar acima de 90 (noventa) dias do Incentivo para Internação nos Hospitais Psiquiátricos. *Diário Oficial da União*: Brasília, DF, 2018a. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2018/prt2434_20_08_2018.html. Acesso em: 5 abr. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.090, de 23 de dezembro de 2011. Altera a Portaria n. 106/GM/MS, de 11 de fevereiro de 2000, e dispõe, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial, sobre o repasse de recursos de incentivo de custeio e custeio mensal para implantação e/ou implementação e funcionamento dos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT). *Diário Oficial da Uni*ão: Brasília, DF, 2011c. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3090_23_12_2011_rep.html. Acesso em: 5 abr. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017. Altera as Portarias de Consolidação n. 3 e n. 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*: Brasília, DF, 2017. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html. Acesso em: 5 abr. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.659, de 14 de novembro de 2018. Suspende o repasse do recurso financeiro destinado ao incentivo de custeio mensal de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), Unidades de Acolhimento (UA) e de Leitos de Saúde Mental em Hospital Geral, integrantes da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), por ausência de registros de procedimentos nos sistemas de informação do SUS. *Diário Oficial da União*: Brasília, DF, 2018b. Disponível em: https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/50486628/do1-2018-11-16-portaria-n-3-659-de-14-de-n. Acesso em: 5 abr. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.718, de 22 de novembro de 2018. Publica lista de Estados e Municípios que receberam recursos referentes a parcela única de incentivo de implantação dos dispositivos que compõem a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), e não executaram o referido recurso no prazo determinado nas normativas vigentes. *Diário Oficial da União*: Brasília, DF, 2018. Disponível em: https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/51521189/do1-2018-11-23-portaria-n-3-718-de-22-de-novembro-de-2018-51521040. Acesso em: 5 abr. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. Dispõe sobre os Centros de Atenção Psicossocial – CAPS, para atendimento público em saúde mental, isto é, pacientes com transtornos mentais severos e persistentes em sua área territorial, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo e não-intensivo. *Diário Oficial da União*: Brasília, DF, 2002. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html. Acesso em 5 abr. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 37, de 18 de janeiro de 2021. Redefine registro das Equipes de Atenção Primária e Saúde Mental no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). *Diário Oficial da União*: Brasília, DF, 2021. Disponível em: https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-37-de-18-de-janeiro-de-2021-299987615. Acesso em: 5 abr. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 60, de 26 de novembro de 2020. Define as regras de validação das equipes e serviços da Atenção Primária à Saúde, para fins da transferência dos incentivos financeiros federais de custeio. *Diário Oficial da União*: Brasília, DF, 2020. Disponível em: https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-60-de-26-de-novembro-de-2020-290853767. Acesso em: 5 abr. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução nº 8, de 24 de novembro de 2016. Dispõe sobre o processo de pactuação interfederativa de indicadores para o período 2017-2021, relacionados a prioridades nacionais em saúde. *Diário Oficial da União*: Brasília, DF, 2016a. Disponível em: https://www.conass.org.br/wp-content/uploads/2016/12/RESOLUCAO-N_8_16.pdf. Acesso em: 5 abr. 2021.

BRASIL. Poder Executivo. Proposta de Emenda à Constituição nº 241-A, de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. *Câmara dos Deputados*, Brasília, DF, 2016b. Disponível em: https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=1495741. Acesso em: 4 jul. 2021.

BRASIL. Presidência da República. Decreto nº 7.179, de 20 de maio de 2010. Institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, cria o seu Comitê Gestor, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*: Brasília, DF, 2010. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2010/decreto/d7179.htm#:~:text=DECRETO%20N%C2%BA%207.179%2C%20DE%2020,Gestor%2C%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%AAncias. Acesso em: 4 jul. 2021.

BRASIL. Presidência da República. Decreto nº 7.637, de 8 de dezembro de 2011. Altera o Decreto nº 7.179, de 20 de maio de 2010, que institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas. *Diário Oficial da União*: Brasília, DF, 2011a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7637.htm. Acesso em: 5 abr. 2021.

BRASIL. Presidência da República. Decreto nº 9.761, de 11 de abril de 2019. Aprova a Política Nacional sobre Drogas. *Diário Oficial da União*: Brasília, DF, 2019. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/decreto/D9761.htm. Acesso em: 5 abr. 2021.

BRASIL. Presidência da República. Decreto nº 9.795, de 17 de maio de 2019. Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções de Confiança do Ministério da Saúde, remaneja cargos em comissão e funções de confiança, transforma funções de confiança e substitui cargos em comissão do Grupo-Direção e Assessoramento Superiores – DAS por Funções Comissionadas do Poder Executivo – FCPE. *Diário Oficial da União*: Brasília, DF, 2019. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/decreto/D9795.htm. Acesso em: 5 abr. 2021.

BRASIL. Presidência da República. Decreto nº 9.926, de 19 de julho de 2019. Dispõe sobre o Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas. *Diário Oficial da União*: Brasília, DF, 2019. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/decreto/D9926.htm. Acesso em: 5 abr. 2021.

BRASIL. Presidência da República. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. *Diário Oficial da União*: Brasília, DF, 2001. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm. Acesso em: 5 abr. 2021.

BRASIL. Presidência da República. Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003. Institui o auxílio- reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações. *Diário Oficial da União*: Brasília, DF, 2003. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/l10.708.htm. Acesso em: 5 abr. 2021.

BRASIL. Secretaria de Assistência à Saúde. *Saúde da família*: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1997.

BRASIL. Senado Federal. Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*: Brasília, DF, 2016. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm. Acesso em: 5 abr. 2021.

CAMPOS, D.; BEZERRA, I.; JORGE; M. Produção do cuidado em saúde mental: práticas territoriais na rede psicossocial. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, 2020.

CAMPOS, G.W. S. A clínica do sujeito: por uma clínica reformulada e ampliada. *In*: CAMPOS, G. W. S. *Saúde paidéia*. São Paulo: Hucitec, 2003. p. 1-12.

COHEN, S. *Folk devils and moral panics*: the creation of the mods and rockers. Kingdom: Psychology Press, 2002.

COMITÊ NACIONAL DE PREVENÇÃO E COMBATE À TORTURA. *Posicionamento do CNPCT sobre o Relatório da Inspeção Nacional do MNPCT/CFP/PFDC às Comunidades Terapêuticas*. Brasília, DF: Comitê Nacional de Prevenção e Combate à Tortura, 2018.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. *Parecer CFM nº 1/11*: Sistema de Centros de Atenção Psicossocial (Caps) e políticas na área de saúde mental. Brasília, DF: CFM, 2011.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. Contra os retrocessos da política nacional de saúde mental. *CFP*, [*s. l.*], 2020. Disponível em: https://site.cfp.org.br/contra-os-retrocessos-da-politica-nacional-de-saude-mental/. Acesso em: 24 mar. 2021.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. *Relatório da inspeção nacional em comunidades terapêuticas*: 2017. Brasília, DF: Conselho Federal de Psicologia: Ministério Público Federal, 2018.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Nota de repúdio: CNS e CNDH defendem liberdade de expressão e opinião de deputado Alexandre Padilha. *CNS*, Brasília, DF, 2020. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/ultimas-noticias-cns/1436-nota-de-repudio-cns-e-cndh-defendem-liberdade-de-expressao-e-opiniao-de-deputado-alexandre-padilha. Acesso em: 24 mar. 2021.

COVID-19 interrompe serviços de saúde mental na maioria dos países, revela pesquisa da OMS. *Opas*, Brasília, DF, 5 out. 2020. Disponível em: https://www.paho.org/pt/noticias/5-10-2020-covid-19-interrompe-servicos-saude-mental-na-maioria-dos-paises-revela-pesquisa. Acesso em: 4 jul. 2021.

CREMEB apoia nota da APB contra declarações do secretário de Saúde. *Cremeb*, Salvador, 15 maio 2017. Disponível em: http://www.cremeb.org.br/index.php/noticias/14059/. Acesso em: 4 jul. 2021.

DAMÉ, L. Em crescimento, bancada evangélica terá 91 parlamentares no Congresso. *Agência Brasil*, Brasília, DF, 2018. Disponível em: https://agenciabrasil.ebc.com.br/politica/noticia/2018-10/em-crescimento-bancada-evangelica-tera-91-parlamentares-no-congresso. Acesso em: 4 abr. 2021.

DEMOCRACIA em vertigem. Direção: Petra Costa. São Paulo: Netflix, 2019. 1 vídeo (113 min.), son., col.

EBRAHIM, R. O jogo político-partidário por trás das comunidades terapêuticas em Pernambuco. *Marco Zero*, Recife, 26 jul. 2019. Disponível em: https://marcozero.org/o-jogo-politico-partidario-por-tras-das-comunidades-terapeuticas-em-pernambuco/. Acesso em: 4 jul. 2021.

ESTAMIRA. [*S. l.*]: [*s. n.*], 2004. 1 vídeo (115 min). Publicado pelo canal Le Coq Films. Disponível em: https://www.youtube.com/watch?v=uFQl3uGV7Ss. Acesso em: 5 abr. 2021.

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DE COMUNIDADES TERAPÊUTICAS. História da Febract. *Febract*, Campinas, 2020. Disponível em: https://febract.org.br/portal/historia-da-febract/. Acesso em: 5 fev. 2021.

FERNANDES, S. *Sintomas mórbidos*: a encruzilhada da esquerda brasileira. São Paulo: Autonomia Literária, 2019.

FERTONANI, H. P. *et al.* Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1869-1878, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000601869&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 27 mar. 2021.

FOUCAULT, M. Aula de 23 de janeiro de 1974. *In*: FOUCAULT, M. O *poder psiquiátrico (curso dado no Collège de France)*. Tradução E. Brandão. São Paulo: Martins, 2006. p.299-344.

GARCIA, P. T.; REIS, R. S. (org.). *Redes de atenção à saúde*: rede de atenção psicossocial. São Luís: Edufma, 2018. Disponível em: https://www.unasus.ufma.br/wp-content/uploads/2019/12/isbn_redes06.pdf. Acesso em: 4 jul. 2021.

GIDDENS, A. *As consequências da modernidade*. Tradução R. Fiker. São Paulo: Editora Unesp, 1991.

GUIMARÃES, T. A. A.; ROSA, L. C. S. A remanicomialização do cuidado em saúde mental no Brasil no período de 2010-2019: análise de uma conjuntura antirreformista. O *Social em Questão*, Rio de Janeiro, v. 44, p. 11-138, 2019.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. *Nota técnica 21*: perfil das comunidades terapêuticas brasileiras. Brasília, DF: Ipea, 2017.

JUSTIÇA determina suspensão de fechamento de hospitais psiquiátricos na Bahia. *Jornal Grande Bahia*, Salvador, 2017. Disponível em: https://www.jornalgrandebahia.com.br/2017/10/justica-determina-suspensao-de-fechamento-de-hospitais-psiquiatricos-na-bahia/. Acesso em: 17 mar. 2021.

KUSCHNIR, R.; CHORNY, A. H. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2307-2316, 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000500006&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 30 mar. 2021.

LANCETTI, A.; AMARANTE, P. Saúde mental e saúde coletiva. *In*: CAMPOS, G.W. S. *et al.* (org.). *Tratado de saúde coletiva*. Rio de Janeiro: Hucitec: Fiocruz, 2006. p. 615-634.

LEAL, M.; COELHO, J. Fundação Doutor Jesus registra 25 casos de Covid-19: Isidório pede ajuda ao governo. *Bahia Notícias*, Salvador, 9 jun. 2020. Disponível em: https://www.bahianoticias.com.br/noticia/249614-fundacao-doutor-jesus-registra-25-casos-de-covid-19-isidorio-pede-ajuda-ao-governo.html. Acesso em: 2 abr. 2021.

MEDEIROS, E. Pelo menos 17 governadores pedalaram impunemente. *Pública*, [*s. l.*], 8 jun. 2016. disponível em: https://apublica.org/2016/06/truco-pelo-menos-17-governadores-pedalaram-impunemente. Acesso em: 15 abr. 2021.

MERHY, E. E.; FEUERWERKER, L. C. M. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. *In*: MANDARINO, A. C. S.; GOMBERG, E. (org.). *Leituras de novas tecnologias e saúde*. São Cristóvão: Editora UFS, 2009. p. 29-74.

NISE: o coração da loucura. Direção: Roberto Berliner. São Paulo: Imagem Filmes: W Mix Distribuidora de Filmes, 2015. 1 filme (109 min), son., col.

OLIVEIRA, F. de. *Os direitos do antivalor*: a economia política da hegemonia imperfeita. Petrópolis: Vozes, 1998.

ONU. A proteção de pessoas acometidas de transtorno mental e a melhoria da assistência à saúde mental. *Assembleia Geral da ONU nº A/46/49*, Genebra, 17 dez. 1991. Disponível em: http://laps.ensp.fiocruz.br/arquivos/documentos/11. Acesso em: 23 fev. 2021.

PAIM, J. S. Modelos de atenção e vigilância da saúde. *In*: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. *Epidemiologia & Saúde*. 6. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2003. p. 567-586.

PARENTES de pacientes protestam contra fechamento de hospitais psiquiátricos na Bahia. *G1 BA*, Salvador, 31 out. 2017. Disponível em: https://g1.globo.com/bahia/noticia/parentes-de-pacientes-protestam-contra-fechamento-de-hospitais-psiquiatricos-na-bahia.ghtml. Acesso em: 2 mar. 2021.

PASTOR Sargento Isidório é o deputado mais votado na Bahia. *Agência Câmara de Notícias*, DF, Brasília, 7 out. 2018. Disponível em: https://www.camara.leg.br/noticias/545815-pastor-sargento-isidorio-e-o-deputado-mais-votado-na-bahia/. Acesso em: 2 mar. 2021.

REDE TVT: Temer admite golpe contra ex-presidenta Dilma Rousseff. [*S. l.*]: Rede TVT, 17 set. 2019. 1 vídeo (1 min). Publicado pelo canal Rede TVT. Disponível em: https://www.youtube.com/watch?v=41FGRLV0j-o&ab_channel=RedeTVT. Acesso em: 13 mar. 2021.

RESTREPO, H. E.; MÁLAGA, H. *Promoción de la salud*: cómo construir vida saludable. [*S. l.*]: Pan American Health Organization, 2001.

RODA Viva Michel Temer | 16/09/2019. São Paulo: Fundação Padre Anchieta, 16 set. 2019. 1 vídeo (121 min.). Disponível em: https://www.youtube.com/watch?v=OGDCN8ikj8U&ab_channel=RodaViva. Acesso em: 13 mar. 2021.

SALVADOR registra três casos de coronavírus; Feira tem nova confirmação. *Correio* da *Bahia*, Salvador, 2020. Disponível em: https://www.correio24horas.com.br/noticia/nid/salvador-registra-tres-casos-de-coronavirus-feira-tem-nova-confirmacao/. Acesso em: 19 mar. de 2021.

SALVADOR. Secretaria Municipal de Saúde. UPA Santo Antônio terá atendimentos domiciliar e psiquiátrico. *Agência de Notícias*, Brasília, DF, 2020a. Disponível em: http://www.agenciadenoticias.salvador.ba.gov.br/index.php/pt-br/releases-2/saude/13515-upa-santo-antonio-tera-atendimentos-domiciliar-e-psiquiatrico. Acesso em: 17 mar. 2021.

SALVADOR. Decreto nº 32.268, de 18 de março de 2020. *Prefeitura Municipal*, Salvador, 2020b. Disponível em: https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=391338. Acesso em: 20 jan. 2021.

SALVADOR. Prefeitura Municipal. Nota técnica: novo Coronavírus DAS/CRP n° 04/2020 – orientações para atenção domiciliar na atenção psicossocial especializada. *Prefeitura Municipal*, Salvador, 2020c.

SALVADOR. Secretaria Municipal de Saúde. Nota técnica: novo Coronavírus DAS/APS nº 02/2020. Orientações para organização da Rede de Atenção Psicossocial Especializada no enfrentamento ao novo coronavírus (COVID-19) no município de Salvador. *Prefeitura Municipal*, Salvador, 2020d.

SALVADOR. Secretaria Municipal de Saúde. Nota técnica: novo Coronavírus DAS/APS nº 04/2020. Orientações para organização da Atenção Primária à Saúde Consultórios na Rua no enfrentamento ao novo coronavírus (COVID-19) no município de Salvador. *Prefeitura Municipal*, Salvador, 2020e.

SALVADOR. Secretaria Municipal de Saúde. Nota técnica: novo Coronavírus DAS/APS nº 05/2020. Orientações para organização da Atenção Primária à Saúde no enfrentamento ao Novo Coronavírus (COVID-19) no município de Salvador. *Prefeitura Municipal*, Salvador, 2020f.

SALVADOR. Secretaria Municipal de Saúde. Nota técnica: novo Coronavírus DAS/APS nº 09/2020. Orientações para a Reorganização do Processo de Trabalho da Atenção Primária à Saúde no enfrentamento ao Novo Coronavírus (COVID19) no município de Salvador. *Prefeitura Municipal*, Salvador, 2020g.

SALVADOR. Secretaria Municipal de Saúde. Nota técnica SMS/DAS/APS – novo Coronavírus nº 10. Orientações para organização da Atenção Primária à Saúde Consultórios na Rua no enfrentamento ao novo coronavírus (COVID-19) no município de Salvador. *Prefeitura Municipal*, Salvador, 2020h.

SALVADOR. Secretaria Municipal de Saúde. Plano Municipal de Saúde 2014-2017. *Prefeitura Municipal*, Salvador, 2014.

SALVADOR. Secretaria Municipal de Saúde. Territorialização da Atenção Psicossocial: RAPS AD Distritos Sanitários. *Secretaria Municipal de Saúde*, Salvador, 2017.

SANTOS, B. S. Que democracia é esta? *Público*, Lisboa, 19 jul. 2011. Disponível em: http://www.boaventuradesousasantos.pt/media/Que%20democracia%20%C3%A9%20esta_P%C3%BAblico19Julho2011.pdf. Acesso em: 1 fev. 2021.

SEIXAS, C. T. *et al.* A crise como potência: os cuidados de proximidade e a epidemia pela Covid-19. *Interface*, Botucatu, v. 25, n. 1, 2021. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832021000200200&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 4 abr. 2021.

SILVA, G. *Aula magna*: 10 anos do MESTUnB: "Narrativas da diferença em tempos de intolerância". Brasília, DF: MESTUnB, 2021.

TEIXEIRA, A. UPA da Cidade Baixa terá plantão psiquiátrico; unidade abre neste sábado. *Bahia Notícias*, Salvador, 26 jun. 2020. Disponível em: https://www.bahianoticias.com.br/saude/noticia/24376-upa-da-cidade-baixa-tera-plantao-psiquiatrico-unidade-abre-neste-sabado.html. Acesso em: 16 mar. 2021.

TEIXEIRA, C. Modelos de atenção à saúde no SUS: propostas de mudança. *ComCiência - Revista Eletrônica de Jornalismo Científico*, 2016. Disponível em: https://www.comciencia.br/comciencia/handler.php?section=8&edicao=126&id=1529. Acesso em: 4, jul 2021.

TEIXEIRA, C. F.; SOLLA, J. P. *Modelo de atenção à saúde*: promoção, vigilância e saúde da família. Salvador: Edufba, 2006.

TELLES, V. S.; HENRY, E. *Serviços urbanos, cidade e cidadania*. 2. ed. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2005.

WHO. *The impact of COVID-19 on mental, neurological and substance use services*: results of a rapid assessment. Geneva: WHO, 2020.

ZAMBENEDETTI, G.; SILVA, R. A. N. da. A noção de rede nas reformas sanitária e psiquiátrica no Brasil. *Psicologia em Revista*, Belo Horizonte, v. 14, n. 1, p. 131-150, 2008. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-11682008000100008&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 1 abr. 2021.

2ª SEÇÃO

COTIDIANOS INSTITUCIONAIS, TERRITORIAIS, AFETIVOS E AFETADOS PELA PANDEMIA DA COVID-19

Título da ilustração:
Abrigo da loucura.
Molije, 2021.

PRÁTICAS POSSÍVEIS NO CONTEXTO DA PANDEMIA DA COVID-19

relato de experiência da educação física com a comunidade do Caps Eduardo Saback

JOANA PAULA PUGLIESE DE MENDONÇA

Introdução

O Caps é um Centro de Atenção Psicossocial criado para ser um serviço substitutivo ao internamento em manicômios, que durante muito tempo foi o principal tratamento para pessoas diagnosticadas com transtorno mental grave. (BRASIL, 2005) A política de saúde mental no Brasil foi influenciada pelo processo de reforma psiquiátrica, inscrito em um contexto internacional de mudanças pela superação da violência asilar. (AMARANTE, 1995) Em Salvador, cada Distrito Sanitário da cidade possui um Caps. O Caps II Eduardo Saback, localizado no bairro de Pernambués, do Distrito Sanitário Cabula/Beiru, possui uma equipe composta por uma professora de educação física, três psicólogas, três enfermeiras, duas terapeutas ocupacionais, duas assistentes sociais, uma oficineira, uma médica, quatro técnicas de enfermagem, uma auxiliar de farmácia, uma farmacêutica e dois higienizadores. Essa equipe atende mais de oitocentos usuários matriculados no serviço, sendo o único Caps II em um distrito com população de 421.246 habitantes. (SALVADOR, 2018) Às profissionais de nível superior da equipe são atribuídas funções comuns independentemente da categoria profissional: o acolhimento a novos usuários, a participação na elaboração de projeto terapêutico singular em conjunto com

o usuário, o atendimento familiar, a visita domiciliar, as ações de busca ativa, a participação em reunião técnica e outras atribuições que cabem ao seu papel como técnica de referência. (BRASIL, 2004) No núcleo específico de cada profissão, são realizados atendimentos (individuais e em grupo) e elaboração e coordenação de oficinas terapêuticas. Antes do início da pandemia por Sars-CoV-2 (covid-19), a professora de educação física coordenava cinco oficinas semanais, duas intramuros e três extramuros: Em forma e yoga (intramuros) e yoga, pilates e Lian Gong (extramuros), sendo a única da equipe a oferecer Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) e atividades extramuros abertas à comunidade.

Este capítulo tem como objetivo apresentar e discutir ações desenvolvidas em saúde mental, com ênfase no relato de experiência profissional da sua autora e professora de Educação Física, que foram aos poucos sendo implementadas ou adaptadas no momento pandêmico da covid-19, que vivemos desde 2020. Muito do descrito aqui foi compartilhado com profissionais da Rede de Saúde Psicossocial de Salvador (Raps) na roda "Corpo e Saúde Mental: vivências em contexto de covid-19" promovida pelo Programa Pensar junto Fazer com, realizada em 21 de outubro de 2020, da qual fui uma das mediadoras.

As PICS no SUS

As Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) são recursos terapêuticos que, através de diferentes abordagens, baseadas em racionalidades médicas distintas da medicina convencional, estimulam a integração mente-corpo, contribuindo para maior consciência corporal e bem-estar. A integração entre mente e corpo atua na autoestima, autoconfiança e autocontrole. Ofertar essas práticas nos serviços de saúde amplia o leque de oferta terapêutica do SUS e promove benefícios que vão além dos resultados obtidos com práticas convencionais. (BRASIL, 2008) A inserção das PICS no SUS foi intensificada a partir da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), que teve a sua primeira publicação em 2006, na qual algumas práticas foram escolhidas como forma de legitimar atividades que já aconteciam nos serviços. Isso não só legitimou a oferta de algumas PICS, mas também impulsionou o crescimento de outras que não faziam parte dessa primeira lista. (SOUSA, 2017) Desde a publicação da primeira PNPIC, algumas outras já foram publicadas, aumentando a lista de PICS que poderiam constar em atividades desenvolvidas nos órgãos do SUS.

A implantação das PICS no SUS ocorre, normalmente, por iniciativa dos trabalhadores que se capacitam por interesses próprios e, assim, as oferecem em seus ser-

viços nos órgãos em que trabalham, não havendo uma contratação de profissionais especificamente para essa função. (SOUSA, 2017) Em Salvador, houve a oferta da capacitação em Lian Gong, pela Universidade Federal da Bahia, para profissionais do SUS. Até o momento, era uma iniciativa isolada de capacitação em PICS para profissionais vinculados ao município.

As atividades extramuros

Para o usuário do serviço de saúde mental, as atividades extramuros se mostram fundamentais para a reinserção social. Seja uma atividade física, uma atividade cultural, de lazer ou artística, ao ser realizada em ambientes externos à unidade onde o usuário é atendido habitualmente, tem elevada a sua potência. Fica claro que não é possível promover reinserção social se restringindo apenas ao limite do Caps, o que significaria reproduzir o isolamento que ocorria antes das conquistas do movimento antimanicomial. Essa é uma preocupação constante, pois tal equívoco aponta para o risco de uma "manicomialização" dos novos equipamentos. (ONOCKO-CAMPOS; FURTADO, 2006) Dessa forma, para promoção da cidadania e reinserção do usuário em outros espaços, essas atividades são indispensáveis.

Assim, Lima, Jucá e Nunes (2010) defendem que é imprescindível a construção de estratégias para a realização de atividades extramuros do Caps, articuladas para acontecer no território em parceria com a comunidade. Essas estratégias são promotoras de novos lugares sociais e de reinserção social da pessoa em sofrimento psíquico no campo coletivo e da cultura.

As atividades extramuros, ao trazerem a possibilidade de parcerias com a comunidade, e sendo abertas à participação de todos, podem atuar de forma preventiva na saúde mental. É ainda valiosa na dissolução de estigmas e preconceitos, ao oportunizar a convivência entre pessoas em tratamento e com as demais, contribuindo, assim, para que as pessoas aprendam a dissociar sofrimento mental de periculosidade e compreendam o quão importante é a convivência social para auxiliar o cuidado e a atenção psicossocial.

Yoga *on-line* no cenário da pandemia

O bairro de Pernambués tem apresentado elevados índices de contaminação em relação a outros bairros da cidade, fazendo com que recebesse medidas diferenciadas para o combate à pandemia. Assim, o bairro sofreu *lockdown*, foi proibido

o comércio informal das praças, e houve medidas educativas em saúde. Segundo a Prefeitura Municipal de Salvador, a localidade foi escolhida por apresentar altos índices de pessoas infectadas com o novo coronavírus, como número de novos casos, velocidade de transmissão e número de mortes. O bairro passou a liderar a lista de bairros com maior índice de contaminação, com 4.467 novos casos em fevereiro de 2021. (SALVADOR, 2021) Dentre as medidas, estão os testes rápidos para detectar pessoas com a covid-19, distribuição de máscaras, higienização de vias e o atendimento social através do Centro de Referência em Assistência Social (Cras), este, em particular, um Cras Itinerante.

Por razões de biossegurança, as ações em grupo que aconteciam no Caps foram suspensas durante a pandemia. A migração para serviços *on-line* foi considerada, porém as condições concretas de trabalho necessárias para realizar essa proposta na unidade não foram viabilizadas pelo distrito sanitário Cabula/Beiru, do qual este Caps faz parte. A unidade sequer tinha telefone fixo em funcionamento (o que foi resolvido posteriormente). Os computadores não possuem microfone nem câmera de vídeo, não há *notebooks* e nada disso pôde ser viabilizado. A internet não pode ser acessada através de aparelhos particulares, por justificativa de segurança. A equipe não foi autorizada a trabalhar de modo remoto, em sistema de escalonamento, para que pudesse ofertar as atividades com recursos próprios.

Assim, desde abril de 2020, sem apoio institucional, foram ofertadas aulas de yoga e pilates *on-line* pela professora de educação física da instituição, fora da sua carga horária da jornada de 20 horas, através da plataforma Zoom, abertas à comunidade. A adesão de pessoas que já participavam das atividades extramuros aconteceu, novos participantes ingressaram, profissionais de saúde de outras unidades, também, mas não houve a adesão de usuários do serviço a esse formato. As várias razões podem ser consideradas: horário da atividade pouco atrativo (segunda às 7h e sábado às 9h) e não habitual para esse público, falta de recursos (aparelho e internet) ou de conhecimento sobre uso da plataforma Zoom, ausência de espaço adequado ou condições para realizar a atividade de casa, falta de apoio institucional. Os grupos de yoga e pilates se mantiveram com boa adesão da comunidade e de profissionais de saúde de diversas unidades, que neste momento também demandam o cuidado que é oferecido por essas PICS. A oferta das aulas de pilates aconteceu até outubro de 2020. As aulas de yoga permanecem, completando um ano em abril de 2021. Uma vez na semana, por uma hora, os sujeitos supracitados praticam yoga suave e inclusivo, fora do horário de trabalho, em uma rede solidária de apoio mútuo, com divulgação boca a boca, sem apoio institucional.

A adesão cada vez maior de participantes demonstra o sucesso desse projeto. A divulgação da atividade acontece através das redes sociais, nos grupos de

trabalhadores e de amigos que a professora faz parte. O yoga surge como uma ferramenta para autocuidado, autoconhecimento, abrindo caminhos para controle da ansiedade e diminuição do sofrimento, sendo uma estratégia eficaz para lidar com esse período de tantas mudanças. Vale ressaltar a participação expressiva de trabalhadores da saúde mental (grupo que teve mais acesso à informação da oferta dessa atividade gratuita) e a ausência inicial de usuários da rede de saúde mental do Caps, que participavam das práticas de yoga presenciais na unidade, que ocorriam antes do início da pandemia, com forte adesão. A razão possível considerada foi a exclusão digital, que dificulta desde o acesso à informação até a possibilidade de participação. Os usuários do Caps são, em sua grande maioria, pessoas de baixa renda e baixa escolaridade.

Assim, foi criada outra estratégia para que os usuários do Caps aderissem à proposta de praticar yoga *on-line*. A professora iniciou a abordagem individualizada a cada usuário, apresentando a proposta, verificando quais os entraves existentes que impediam a sua participação, ensinando a acessar a plataforma e a instalar o aplicativo nos aparelhos próprios ou de familiares, solicitando apoio familiar para usuário com dificuldade para utilizar o aparelho sozinho e se disponibilizando a tirar dúvidas e a fazer tutoriais. A equipe incluiu essa informação nos atendimentos feitos por telefone e foi criado um grupo de WhatsApp para facilitar a comunicação entre os interessados em participar. Além disso, a professora disponibilizou seus dados móveis de internet para realizar o trabalho enquanto estava na unidade, uma vez que não é possível utilizar a internet do serviço em seu aparelho e a unidade não dispõe de equipamento adequado para a proposta, com câmera de vídeo e microfone. Esse ajuste trouxe resultados rápidos e os usuários do serviço passaram a se beneficiar dessa prática.

O yoga apresenta-se como recurso valioso nesse cenário em que, paralelamente à pandemia de covid-19, ocorre o aumento nas queixas por sofrimento psíquico e agravos de transtornos mentais. Sendo uma ferramenta para autoconhecimento, contribui para o autogerenciamento, uma vez que se pode gerenciar bem o que se conhece em detalhes. As práticas de yoga contribuem para o controle da ansiedade e, consequentemente, bem-estar dos praticantes, o que se destaca como urgente em cenários ansiogênicos. (VORKAPIC, RANGE, 2011) Muitas PICS envolvem movimentos lentos que fortalecem o corpo, melhoram o fluxo de sangue e outros fluidos, com consequente melhora no equilíbrio, na propriocepção e na consciência de como o corpo se move pelo espaço. Com relação à prevenção de agravos e promoção da saúde, estudos indicam que o yoga está associado a melhorias significativas na qualidade de vida, função cognitiva, humor, tensão, ansiedade, autoestima e memória. (BRASIL, 2021)

A biblioteca do Caps

Nesse novo panorama, foi desenvolvido, também, um projeto de implantação de uma biblioteca na unidade. Com o aumento no número de casos positivos e de mortes, o incentivo sanitário ao distanciamento físico, que gera o isolamento social, tornou-se necessário como estratégia para controlar a pandemia. Assim, os usuários, que antes eram estimulados a sair de casa, passam a ser orientados a permanecer. A proposta de criar uma biblioteca que pudesse emprestar livros surge, nesse contexto, promovendo acesso à leitura de livros de diferentes categorias, apresentando a leitura como atividade prazerosa, de lazer, terapêutica e de acesso à cultura, que pode ser realizada sem sair de casa.

Inaugurada em janeiro de 2021, a biblioteca conta com 1.500 volumes. Os livros foram doados por participantes da equipe e pessoas a estes vinculadas. Existem diversas categorias: ficção, infantil, infantojuvenil, crítica social, crônica, clássico da literatura, filosofia, autoajuda, saúde, educação, leis, religiosos, biografias, poesias. Funciona em sistema de empréstimo renovável, gratuito, por quinze dias. O usuário faz um breve cadastro com seus dados e pode levar até dois livros simultaneamente. Familiares também podem se cadastrar.

Como o fluxo de usuários na unidade está diminuído com a ausência das práticas grupais e a necessidade de manter o distanciamento físico, muitos usuários ainda não visitaram a biblioteca recém-inaugurada. Aos poucos, ao comparecerem ao Caps por demandas diversas, vão tomando conhecimento da existência da biblioteca e, por interesse próprio, a visitam e usufruem. Essa tem sido a estratégia para apresentação desse nosso serviço. Os profissionais da equipe abordam os usuários e os convidam para visitar o espaço, no momento que comparecem ao Caps. A adesão a esse novo serviço tem crescido e, aos poucos, vem sendo incorporada à rotina da unidade.

Considerações finais

A pandemia da covid-19 trouxe uma mudança expressiva na rotina do serviço e, consequentemente, no plano terapêutico dos usuários. A equipe buscou alternativas para manter a assistência e o cuidado nesse novo cenário. O empenho da equipe, neste propósito, foi fundamental, uma vez que os recursos permaneceram os mesmos, sem os ajustes necessários para esse período crítico que estamos atravessando. A iniciativa e o compromisso da equipe buscaram fazer a diferença, sendo essa

proativa e contando com a solidariedade da comunidade. Assim, a crise evidenciou uma potência, estimulou o senso de pertencimento a uma comunidade, aproximou profissionais de serviços diferentes e beneficiou os usuários com a criação de novas ofertas de cuidado.

Apesar da falta de apoio institucional, a adesão de pessoas a essa nova forma de oferta de atividade extramuros com a prática do yoga *on-line* aconteceu com o ingresso de novos participantes a cada semana. Podemos notar que a adesão cada vez maior de participantes demonstra o sucesso desse projeto e que a divulgação da atividade no âmbito das redes sociais surtiu o efeito esperado. O yoga se mostra, assim, como uma ação de autocuidado importante para usuários, familiares, profissionais de saúde e outras pessoas da comunidade, principalmente nesse momento de pandemia. A iniciativa dessa professora demonstra que existem alternativas para que as oficinas continuem sendo oferecidas, possibilitando novas formas de cuidado para os usuários, a comunidade e os profissionais de saúde da Rede de Atenção Psicossocial (Raps).

Referências

AMARANTE, P. *Loucos pela vida*: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil*: documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Saúde mental no SUS*: os centros de atenção psicossocial. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. *Informe de evidência clínica em práticas integrativas e complementares em saúde nº 02/2021*: atividade física. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS*: atitude de ampliação de acesso. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Práticas integrativas e complementares em saúde: uma realidade no SUS. *Revista Brasileira Saúde da Família*, Brasília, DF, ano 9, maio 2008. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/revistas/revista_saude_familia18_especial.pdf. Acesso em: 6 jul. 2021.

LIMA, M.; JUCÁ, V.; NUNES, M. Tecnologias de cuidado em saúde mental em Centros de Atenção Psicossocial na Bahia e em Sergipe. *In:* FONTES, B.; FONTE, E. M. M. *Desinstitucionalização, redes sociais e saúde mental*: análise de experiências da reforma psiquiátrica em Angola, Brasil e Portugal. Recife: Editora Universitária UFPE, 2010. p. 255-288.

NUNES, M.; JUCÁ, V. J.; VALENTIM, C. P. Ações de saúde mental no Programa Saúde da Família: confluências e dissonâncias das práticas com os princípios das reformas psiquiátrica e sanitária. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 10, p. 375-2384, 2007.

ONOCKO-CAMPOS, R. T.; FURTADO, J. P. Entre a saúde coletiva e a saúde mental: um instrumental metodológico para avaliação da rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Sistema Único de Saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 053-1062, 2006.

SALVADOR. Secretaria Municipal de Saúde. *Boletim Epidemiológico nº 6*. Diretoria de vigilância em saúde. Salvador: SMS, 17 fev. 2021. Disponível em: http://www.saude.salvador.ba.gov.br/covid/boletins/. Acesso em: 6 jul. 2021.

SALVADOR. Secretaria Municipal de Saúde. *Plano Municipal de Saúde 2018-2021*. v.1: Plano Municipal de Saúde; v.2: Distritos Sanitários. Salvador: SMS, 2018. Disponível em: http://www.saude.salvador.ba.gov.br/secretaria/wp-content/uploads/sites/2/2018/12/Plano-Municipal-de-Sa%C3%BAde-2018-2021-VOLUME-I_aprovado-pelo-CMS-21.11.pdf. Acesso em 6 jul. 2021.

SOUSA, I. M. C.; TESSER, C. D. Medicina tradicional e complementar no Brasil: inserção no sistema único de saúde e integração com a atenção primária. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 33, 2017.

VORKAPIC, C. F.; RANGE, B. Os benefícios do yoga nos transtornos de ansiedade. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, p. 0-54, 2011.

TROCAS DE CARTAS AFETIVO-TEÓRICAS SOBRE O TRABALHO EM SAÚDE MENTAL EM TEMPOS DE COVID-19[1]

MÔNICA LIMA • JOÃO BATISTA B. B. ALVES • FERNANDA REBOUÇAS

Preâmbulo

Uma carta, geralmente, é uma forma de estabelecer um diálogo, ainda antes dele existir em interação direta entre destinatário(a) e remetente. Quem escreve endereça afetos, pensamentos, histórias e elabora, para si, um pouco do que conta. Quem recebe, vive um pouco do outro lado, ainda que esteja distante. É possível se aproximar de tantas formas, como a maioria das pessoas vivenciou ao longo do último ano de 2020, durante a pandemia da covid-19. Este texto vem dar notícias de um diálogo através de cartas entre as diferentes realidades de atuação no campo da saúde mental no contexto do enfrentamento ao novo coronavírus, compartilhando experiências pessoais e profissionais.[2] A primeira carta refere-se aos escritos de Mônica Lima, professora do curso de Psicologia da Universidade Federal da Bahia (UFBA), endereçados à Fernanda Rebouças, psicóloga de um Núcleo de Apoio/Ampliado de Saúde da Família (Nasf), e a João Batista Alves, residente em saúde mental do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Universidade do Estado da

1 Texto decorrente da mesa "Cartas afetivas em tempos de covid-19: trazendo notícias de quem cuida da saúde mental", lido no Congresso virtual da UFBA em movimento, em 25 de maio de 2020, às 08h30 na Sala Magalhães. Disponível em: https://youtube.com/watch?v=ml8bvaEUrFs&t=2789s.

2 As cartas foram escritas e trocadas em maio de 2020, por e-mail. Neste capitulo, elas foram revisitadas e atualizadas, em fevereiro de 2021.

Bahia (Uneb), a fim de pedir-lhes notícias e contar um pouco da sua perspectiva a partir do lugar da formação. Em seguida, na segunda carta, João responde à Mônica, trazendo como vivenciou a realidade da pandemia nos serviços em que passou através da residência, e manda lembranças à Fernanda, sugerindo que ela também possa se expressar. Por fim, Fernanda responde às cartas de Mônica e João, expondo como tem se sentido e como tem sido sua atuação.

O primeiro contato que eu, Mônica, tive com João Batista Alves foi no componente curricular Psicologia e Saúde (IPSC-35) em 2015. Um encontro muito significativo que provocou muito movimento, junto com a participação do Fórum Acadêmico de Saúde/FAS (espaço de articulação do movimento estudantil da saúde e vinculado ao DCE/UFBA), do qual ele fazia parte. Ele e este grupo propuseram um método ativo de ensino-aprendizagem sobre os antecedentes históricos do Sistema Único de Saúde (SUS), que aportou tanto que foi incorporado ao programa. Depois, ele se tornou monitor da disciplina, e logo fez o Estágio Supervisionado em Atenção à Saúde no Nasf das Unidades de Saúde da Família Federação e Garcia, sendo hoje residente do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Uneb, Núcleo Saúde Mental. Foi justo no momento do estágio que deixamos de ser dupla para ser trio, quando ele conheceu aquela que seria sua preceptora, a psicóloga Fernanda Rebouças e trabalhadora do Nasf. Um dia, liguei para Fernanda e perguntei se ela aceitaria iniciar um estágio na atenção primária sendo a preceptora. Conversamos um pouco, revelaram-se as primeiras afinidades. Inicialmente, fiquei muito contente, embora surpresa pela calorosa acolhida, afinal, ainda não nos conhecíamos, mas apostamos em construir algo juntas. Depois, com o tempo, vi que este tipo de encontro é realmente mágico, mas, contrariando o significado imediato de mágico, é passível de explicação. Nos batizamos recentemente de Trio da Balbúrdia.

Salvador, 23 de maio de 2020.

Minha cara amiga,
Meu caro amigo,

A querida Conceição Evaristo (2008) diz assim:

> O que os livros escondem,
> as palavras ditas libertam.
> E não há quem ponha
> um ponto final na história
> Infinitas são as personagens…

Somos todas personagens desta história viva e vivida. E apostamos nas palavras que libertam. Desde o meu distanciamento social solidário/científico devido à pandemia da covid-19, inicio esta carta, no domingo, dia 16 de maio de 2020. Neste momento, me recordo dos nossos encontros, João e Fernanda, para a supervisão compartilhada nas inúmeras sextas-feiras, que estivemos juntas na Unidade de Saúde da Família (USF). Lembro-me, em especial, de uma delas, quando a Unidade fechou e nos dirigimos à lanchonete do Vale da Muriçoca para terminar a discussão de algum caso, tomando mais um cafezinho para mantermo-nos atentas. Eu sei, João, eu sei, Fernanda, que vocês trabalham em locais onde nem todas as pessoas podem ficar em casa, quando têm casa, que o pacto narcísico com a branquitude, como nos adverte Maria Aparecida Bento (2002), e a negligência com as iniquidades sociais alimentam a ideia equivocada de que algumas vidas valem mais do que outras. Eu sei que isso tudo nos atordoa e, atordoadas, permanecemos atentas, e que não é possível ficarmos caladas.[3] Annemone Santos,[4] catadora, sentenciou recentemente: "gente existe para o IBGE,[5] mas para os direitos, a gente não existe" e durante o carnaval, um pouco antes de debelar a pandemia, andava pelas ruas trabalhando e pensava o que iria acontecer com ela e suas companheiras se o coronavírus chegasse. Vejam como Xênia França[6] explicita em "Por que tu me chamas?" o que Annnemone compartilhou conosco:

> Nem mesmo ibeji
> Para o IBGE é gêmeo
> E calundú só zanga
> A baiana, o baiano
> Que são lembrados
> Na folia em fevereiro

Tudo o que estamos passando me faz acreditar ainda mais na importância da relação universidade/serviço/comunidade. A pandemia da covid-19, como vários outros eventos, episódios, fenômenos, provoca a universidade, porque provoca as

---

3 Alusão à canção "Cálice", de Chico Buarque.

4 Mesa "Gênero, raça, saúde mental e covid-19". Congresso da UFBA. Disponível em: https://youtube.com/watch?v=jYXl8FUyKmo.

5 Missão Institucional Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE): "Retratar o Brasil com informações necessárias ao conhecimento de sua realidade e ao exercício da cidadania". Disponível em: https://ibge.gov.br.

6 Canção "Por que tu me chamas?" de Xênia França. Disponível em: https://youtube.com/watch?v=-ZEpV3C1JO6o.

artes, as filosofias, as ciências, as tecnologias e as humanidades. Então, a universidade nos tira de onde o obscurantismo seduz. Cada dia me convenço do princípio de indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão, que devemos cultivar. (BRASIL, 1988) Retomo esse princípio porque sei que ele é o acordo tácito entre nós, entre outros fundamentos que logo se apresentarão. Vocês são dois operadores da saúde mental, 100% SUS, e eu sou uma operadora da educação que se quer 100% pública, gratuita, de qualidade e inclusiva.

Estou segura que para operar desde o distanciamento social solidário/científico que a universidade se encontra – embora em total movimento, porque só nós, nos *campi* de Salvador, somamos 53 mil pessoas –, esse princípio é imprescindível para o tipo de conhecimento que precisamos ser capazes de construir para o enfrentamento da pandemia que vivemos. O nosso desafio é manter o princípio mesmo em tempos como este. Nesta direção, elaboramos o Programa Emergencial de Extensão Pensar junto/Fazer com: saúde mental em tempos de covid-19, defendendo que a participação dos(as) profissionais e dos(as) gestores(as) de saúde é fundamental para reorganização do processo de trabalho e que a articulação entre os níveis de assistência à saúde é fundamental para o êxito do cuidado.

Como podemos cuidar da saúde mental neste momento tão desafiador, sem comprometer os princípios antimanicomiais e antirracistas, construídos a duras lutas nos últimos trinta anos e ameaçados nos últimos dois anos, precarizando ainda mais o trabalho no SUS? O aumento de problemas de saúde mental leves, moderados e graves nos relatos dos/as profissionais que participaram de várias rodas que realizamos me fez lembrar da canção de Adriana Calcanhoto, em “Sudoeste”[7]

> [...] tenho por princípios
> Nunca fechar portas
> Mas como mantê-las abertas
> O tempo todo
> Se em certos dias o vento
> Quer derrubar tudo?

Em maio de 2020, apresentando um dos primeiros robustos estudos epidemiológicos nacionais, Pedro Hallal já afirmava que o total de casos confirmados de covid-19 no Brasil deveria ser multiplicado por dez e, em algumas cidades, por vinte, como é o

7 Canção “Sudoeste”, de Adriana Calcanhoto. Disponível em: https://youtube.com/watch?v=1sKmfwPowxo.

caso de Manaus.[8] Atualmente, fevereiro de 2021, vários estados brasileiros têm altíssimas incidências de infecção pelo Sars-Cov-2 e as taxas de mortalidades são alarmantes. Além disso, ele ressaltou algo que transcrevo a seguir: "se a situação do Brasil não está pior é por causa da universidade, da ciência e do SUS", em maio de 2020. O que mais me chamou atenção foi a seguinte hipótese que ele compartilhou:

> O SUS pela sua característica de territorialidade [...] faz com que a população brasileira tenha um ponto de contato [...] a população brasileira tem onde ir no seu bairro para ver se precisa de atendimento especializado e isso evita que o vírus circule mais, porque se a pessoa tivesse longe da casa dela, ela teria que circular mais e o vírus ia circular mais.

Isso significa a importância da atenção primária à saúde e a conexão que deve ser mantida com os demais níveis de assistência. Mas o que nos parece óbvio esteve sendo ignorado no planejamento para o enfrentamento de uma doença com altíssima incidência e letalidade, particularmente entre idosos,[9] desde o início da pandemia. Não foi por falta de reflexões consistentes política, técnico-cientifica. O que está nos abatendo como sociedade me faz lembrar da máxima do meu querido professor Jairnilson Paim, destacando os entraves históricos políticos da criação, construção e consolidação do SUS e o caráter civilizatório da reforma sanitária brasileira: "por meio desse processo de transformação da sociedade e do Estado Brasileiro, seremos capazes de alcançar um patamar civilizatório no qual as relações sociais e as políticas sejam regidas pelo primado da justiça social". (PAIM, 2015, p. 90) A quem interessa clamar pelo processo civilizatório do Estado brasileiro, senão aos povos tradicionais, às(aos) pobres, às(aos) pretas(os), às(aos) loucas(os), às(ao)s fora do padrão heteronormativo? Em entrevista à Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco), Victor Grabois sintetizou:

> O MS [Ministério da Saúde], os estados e municípios precisam e precisarão de recursos novos para enfrentar a epidemia, seja para a assistência hospitalar seja para a atenção primária. É hora de se revogar a EC 95, que fixa um teto para as despesas orçamentárias da União, prejudicando diretamente a Saúde e a Educação. Como responder a uma pandemia em

8 Falas de Pedro Hallal na mesa "Um raio-x da covid-19 no brasil" no Congresso 2020 virtual da UFBA. Disponível em: https:// youtube.com/watch?v=AYQfN42o_OM.

9 "[...] A situação epidemiológica brasileira mostra que a mortalidade de idosos por COVID-19 no Brasil está relacionada a aspectos demográficos e de distribuição de renda". Os dados do estudo mostram que as "maiores taxas de letalidade acumulada entre os idosos foram observadas na Bahia (56,46%)". (BARBOSA et al., 2020, p. 1)

> um país como o Brasil, demandando leitos de terapia intensiva e ampliação da atenção básica, em mais de 6 mil municípios e 26 estados e no DF, sem aporte de novos recursos? (DIAS; MARTINS, 2020).

Quando passam pela minha cabeça as reflexões macropolíticas e sociológicas para a micropolítica do cuidado, ou seja, como o que foi sinalizado por Jairnilson e por Victor repercutem no cuidado, recorro à leitura precisa e feminista de Flávia Biroli (2019, p. 55):

> Alocação de recursos e normas regulatórias incidem diretamente sobre o modo como cuidamos ou deixamos de cuidar uns dos outros. Se estas estão sendo definidas por lógicas antagônicas às possibilidades de cuidar e de receber cuidado da maior parte da população, falar de cuidado é falar das assimetrias no exercício da influência política e na conformidade do mundo.

Neste particular, estamos todos de acordo que é preciso refletir sobre o cuidado como problema para a democracia, para o processo civilizatório democrático. Nos últimos meses, vi quase todos os dias os jornais televisivos nacionais, principalmente, os locais. Além do aumento progressivo das infecções Sars-Cov-2 vírus e mortes em decorrência do agravamento da doença, a invisibilidade histórica de grupos vulnerabilizados deu espaço para a sua humilhação social na pandemia de covid-19: filas televisionadas da população majoritariamente negra e pobre da Bahia atrás do auxílio emergencial. Cidadãs e cidadãos "invisíveis" às políticas públicas, ou seja, aquelas(es) que somente em razão da gravidade da pandemia vivenciada foram identificadas/os. As políticas públicas, em especial aquelas que visem o socorro econômico em momentos de emergência, precisam se compatibilizar com a realidade do(a) cidadão(a).

Se, em parte, a "evolução digital" promovida pelo Governo Federal pode ser comemorada por alguns, o desenho dessas políticas também precisa prever portas tradicionais de acesso para aqueles que continuam com o acesso digital dificultado ou impossibilitado, como conclui Bruno Cardoso (2020, p. 1062). É ostensiva a humilhação social a que grande parte da população brasileira está submetida. Por humilhação social, queremos ressaltar o "rebaixamento que atinge alguém só depois de haver ancestralmente atingido sua família ou raça, sua casa ou bairro, seu grupo ou classe, às vezes uma nação ou povos inteiros", como define José Moura Gonçalves-Filho (2013, p. 188). Entre eles e elas estão as loucas e loucos. Apenas duas cenas televisivas, em muitos meses, deram visibilidade às/aos loucas/os nos jornais brasileiros.

Cena I – Nova Iorque. Moradores(as) pedem medidas governamentais porque uma mulher insistia em deixar a porta do seu apartamento aberta. Então, é dito que ela tinha algum diagnóstico psiquiátrico e uma das vizinhas resolve auxiliá-la neste momento de distanciamento social.

Cena II – por causa das epidemias de dengue, zyka e chicungunhya, profissionais da endemia entram em contado com dois homens, que eles denominaram como "acumuladores". Queriam ter acesso as suas casas para identificar focos do *aedes aegypti*, porque moradores(as) destacaram esta "mania imperiosa" de guardar coisas dentro de casa, nas casas dos vizinhos loucos. Um momento de sanidade ou medo? Uma profissional disse: "Vamos voltar com alguém da saúde mental para negociar com eles". Pensei, poderia ser a Fernanda, poderia ser o João. Os novos "mentaleiros". Fiquei feliz, porque vocês poderiam mesmo cuidar deles(as).

Depois fiquei pensando no risco que vocês dois passam neste momento:

Cena III, relatada por um colega – durante a pandemia da covid-19, usuária conhecida chega em algum dos Caps de Salvador, a profissional está com máscara e não é reconhecida, por mais que tentasse se vincular naquele momento de crise. A usuária, para reconhecê-la, queria cheirá-la. A profissional, depois de muitas tentativas sem sucesso, resolve tirar a máscara. Eu lembrei de Belchior, no "Pequeno mapa do tempo".

> Eu tenho medo e medo está por fora
> O medo anda por dentro do teu coração
> Eu tenho medo de que chegue a hora
> Em que eu precise entrar no avião
> Eu tenho medo de abrir a porta
> Que dá pro sertão da minha solidão
> Apertar o botão: cidade morta
> Placa torta indicando a contramão
> Faca de ponta e meu punhal que corta
> E o fantasma escondido no porão
> Faca de ponta e meu punhal que corta
> E o fantasma escondido no porão
> Eu tenho medo [Barra-Rio Vermelho][10]
> Eu tenho medo [Federação]

10 Aqui faço uma alusão a alguns dos doze distritos sanitários de Salvador, aproveitando a poética de Antônio Carlos Gomes Moreira Belchior Fontenelle Fernandes (Belchior), no "Pequeno mapa do tempo", do álbum *Coração selvagem*, de 1977.

Eu tenho medo [Garcia]
Eu tenho medo [Pernambués]
Eu tenho medo [Distritos Sanitários, Salvador-Bahia]
[...]
Eu tenho medo e já aconteceu
Eu tenho medo e inda está por vir

Como fazer com que o medo de infecção ocupacional, infecção profissional--familiar, infecção profissional-usuário/a e as já precarizadas condições de trabalho agravadas pela pandemia covid-19 não transformem a atenção primária, Núcleos de Apoio/Ampliado de Saúde Mental (Nasf), Centro de Atenção Psicossocial (Caps), Consultórios na Rua e demais dispositivos em espaços de troca mínima? Marcus Vinicius de Oliveira Silva diz que "na saúde mental, a sofisticação é a da presença, das ideias, do pensar clínico". (CASAIS, 2007, p. 17) Esta é uma das apostas exitosas do seu indisciplinado legado, o fortalecimento do vínculo, a capacidade de suportar a crise e intensificar cuidado em saúde mental. (SILVA, 2007) Como manter a costumeira presença acolhedora em situações limites? O que foi possível fazer para cuidar desta população historicamente negligenciada, neste momento singular de pandemia da covid-19? Como operar com a noção de autonomia dos/as usuários de saúde mental em tempos de covid-19? Autonomia que, Roberto Tykanori (2001) ressalta, não pode ser confundida com independência nem com autossuficiência. Roberto adverte-nos que dependência restrita/restritiva excessiva de apenas poucas relações/coisas/instituições afeta proporcionalmente a autonomia, logo, a saúde mental. Há determinadas pessoas que dependem excessivamente dos equipamentos de saúde mental e, com o recuo da ação de alguns dispositivos ou falta de visão estratégica baseada na integralidade durante a pandemia da covid-19, se viram desassistidas.

Fico aqui querendo saber mais como vocês e as equipes as quais fazem parte estão lidando com os desafios para atenção integral de usuários/as em tempos de covid-19 e como percebem a articulação da atenção primária com os demais níveis de atenção à saúde e vice-versa. Jairnilson Paim lembra que a entrada no SUS deve ser também do ponto de onde a pessoa necessita, nos remetendo à noção de funcionamento espiral, embora o SUS seja uma rede hierarquizada. Saúde Mental não está exclusivamente atrelada ao nível secundário especializado. Os Centros de Atenção Psicossocial (Caps) são fundamentais para o êxito da perspectiva antimanicomial, mas não prescinde da atenção primária. Já Victor Grabois indicava que as

> […] unidades de atenção básica devem ser fortalecidas, ampliando suas equipes e a disponibilidade de insumos, melhorando a integração no âmbito da rede de serviços de saúde e garantindo aos profissionais informação e educação sobre o manejo clínico e as medidas de prevenção e controle do novo coronavírus. (DIAS; MARTINS, 2020)

Como incluir, nesta preocupação, a saúde mental de quem depende muitíssimo da unidade saúde da família, Caps e demais modelos substitutivos de saúde mental?

Enquanto escrevo para vocês, Fernanda e João, uma carta com um turbilhão de inquietações pouco desenvolvidas no nível teórico, portanto, mais afetiva do que teórica, eu escuto o Harmonia Enlouquece,[11] um grupo musical de usuários de um Caps do Brasil, no seu apelo ao direito de existir e ter assistência, muito antes de pandemia de covid-19:

> É hora
> Agora
> Lá fora
> Eu vou chegar
> Pra falar
> Do meu amor
> Do meu calor
> Da minha dor
> Não me deixe
> Assim tão só
> Sou frágil
> Como um cristal
> Quebro
> Com barulho normal
> Sou lento
> Como o vento
> Turbulento
> Eu sou legal
> Eu e Gal
> Sou legal.

Nas rodas de conversa com os(as) profissionais de saúde temos nos provocado mutuamente para construir aportes técnico-emocionais para o cuidado de quem

11 Canção "Cristal" do Harmonia Enlouquece. Disponível em: https://letras.mus.br/harmonia-enlouquece/1430475/.

cuida e dos(as) que necessitam de cuidados. É por isso que escrevo para pedir mais uma vez noticias de vocês, que sirvam a todas nós de inspiração, que permitam que juntos e juntas possamos pensar como, senão deixar as portas abertas escancaradamente, criarmos práticas transitórias de abertura, que não permitam que os ventos da covid-19 derrubem os princípios ético-políticos e técnico-assistenciais antimanicomiais. Que, antes mesmo, tais princípios sejam incrementados pela compreensão dos efeitos diferenciais dos marcadores sociais de gênero, raça/cor e classe social no processo saúde-doença-cuidado. (GOES; RAMOS; FERREIRA, 2020; OLIVEIRA et al., 2020) Porque eu sei que nós compartilhamos de uma mesma preocupação de Luedji Luna:[12]

> Quem vai pagar a conta?
> Quem vai contar os corpos?
> Quem vai catar os cacos dos corações?
> Quem vai apagar as recordações?
> Quem vai secar cada gota?
> De suor e sangue.

Mônica Lima
IPS/UFBA
Salvador, 27 de fevereiro de 2021.

Cara Mônica/Molije,

É com profundo alento que recebo sua mensagem nestes tempos tão difíceis para nós e nosso povo. Se existe algo que podemos fazer para não declinarmos perante o medo e a falta de esperança é nos conectarmos com os nossos e as nossas, é buscarmos maneiras de nos reinventar, descobrirmos formas de acolher aquilo que, em nós, parece tão difícil e pesado. Obrigado, pois a sua carta significou isso para mim. Cada palavra escrita, cada memória evocada do tempo que nos conhecemos e descobrimos nossa amizade me fortalece, pois eu sei que não estou só. Eu sinto isso. E revivo mais uma vez neste momento.

Espero que as pessoas que tenham o ensejo de ler ou ouvir a respeito de nossas trocas também tenham a oportunidade de compartilhar um pouco deste sentimento. Para mim, este é o primeiro passo para não definharmos diante do isolamento. Sentir que, mesmo distantes, podemos estar juntos e juntas, sentir que podemos fortalecer nossos corações e reconhecer que nenhum de nossos esforços será em vão.

12 Canção **"**Cabo**",** de Luedji Luna. Disponível em: https:// youtube.com/watch?v=MsEKbqrAoNY.

Por isso, eu gostei desta iniciativa. Temos sido tão bombardeados/as com notícias, discussões, encaminhamentos de ações para lidar com a covid-19. Já participamos de tantas *lives*, reuniões e palestras *online*. Ouvimos tantas vezes recomendações para cuidar de nossos corpos e mentes, para nos mantermos minimamente seguros/as, para não "surtarmos" em tempos de pandemia. Só que as informações, Moli, preciso dizer, às vezes nos saturam. Parece que elas se repetem e nem sempre dão conta da apreensão que nos preenche diante da possibilidade de ver algum dos/as nossos/as cair.

Que façamos, então, destas cartas algo diferente! Uma centelha de esperança e de acolhimento. E aquelas e aqueles que tiveram a ousadia de entrar em mais uma *live* sobre a covid-19, numa segunda-feira pela manhã, sintam-se surpreendidas e surpreendidos com a força que nos inspira.

Ah! E antes que eu me esqueça. Mande lembranças para Nanda. Sim, Fernanda Rebouças. Para quem não sabe, é assim que carinhosamente a chamo. Diga-lhe que não tenho como mensurar o impacto da presença dela em minha vida. Se hoje sinto-me em condições de me colocar neste lugar de cuidador da saúde mental de nossa gente, devo em muito ao exemplo dela e a seus ensinamentos. Foi no espaço da supervisão compartilhada, método de ensino e pesquisa desenvolvido por vocês, (LIMA; REBOUÇAS; GRAVE, 2018; LIMA et al., 2019) que tive a abertura para construir uma identidade profissional baseada no trabalho em equipe e na circulação de saberes, além de aprender a função de apoiar outras equipes ao operar o cuidado em saúde mental. (CUNHA; CAMPOS, 2011) Pois bem, Mônica/Molije, você me fez várias perguntas, ou devo dizer provocações, sobre como tem sido o trabalho e a vida em tempos de pandemia da covid-19. Queria começar dizendo que precisei sair de casa. Sim, faço parte daqueles e daquelas que, para permanecer na linha de frente do cuidado de nossa gente, precisou realizar o sacrifício de se afastar das pessoas que mais ama.

Moro com minha avó Edite, meu pai Anselmo, minha irmã Maria e minha querida sobrinha Helena. A fim de proteger a todos nós, eu me afastei. Seria tudo mais difícil se não me fosse a sorte de ter um irmão/amigo, Pedro, com quem tenho dividido meus dias. Ele, também está trabalhando durante este período. E de ter a minha mãe Maria, com quem mantenho conversas afetuosas por telefone. Todos nós nos comunicamos regularmente, inclusive temos abusado da nova tendência de comemorar aniversários e fazer festas via teleconferência. O meu aniversário, por exemplo, este ano foi comemorado assim. Comida de lá, bebida daqui, cumplicidade no ar e a certeza de que não estamos sós. Veja, todo este pequeno núcleo familiar dividido, porém unido, proporcionou- me a sorte de experimentar certa segurança e,

com isso, a capacidade viva e ardente de me dispor para estar na linha de frente, fazendo o que for preciso.

Devo admitir que o início de todo este processo para mim veio misturado com um sentimento de afastamento ou de negação. Pensava que a pandemia da covid-19 seria algo passageiro, com que lidaríamos assim que fosse preciso. À medida que o tempo passava e via as pessoas ao meu redor extremamente absortas em preocupação, eu desenvolvia a convicção de que nós, que trabalhamos com a saúde mental, teríamos um papel essencial para garantia de nossa sobrevivência.

A primeira pergunta que me preenchia e ainda hoje me preenche está diretamente ligada com as suas preocupações, Mônica/Molije. Como é que o distanciamento social, principal medida sanitária de segurança e proteção frente ao coronavírus, seria possível para aquelas pessoas em que o isolamento não se configura como uma simples escolha, mas condição de existência em uma sociedade tão desigual? Como pedir distanciamento para aquelas em que o afastamento do outro se impõe desde sua vida pregressa, muito antes de sonharmos com este tipo de pandemia? Afinal, são essas as pessoas de quem cuidamos em nossos serviços especializados em saúde mental, os Centros de Atenção Psicossocial. Pessoas para quem a precarização dos vínculos sociais se constitui como principal elemento de produção ou intensificação do sofrimento. (SILVA, 2007) Como pedir distanciamento e garantir que as pessoas não morram de suas feridas internas e das feridas de relação com o outro?

Logo que o isolamento foi decretado, (OLIVEIRA, 2020) encontrava-me no Caps AD III Gey Espinheira (entre março e julho de 2020), onde acompanhei aquelas pessoas que fazem uso abusivo de substâncias psicoativas. Recebemos muitas notícias de como o processo tem acontecido para nosso povo, nossa gente. São pessoas que fazem recaídas ou intensificam o uso de álcool e outras drogas, em busca de uma solução. Mas, também, recebemos notícias de pessoas que sofrem com o aumento da violência doméstica, com a falta de emprego, trabalhadoras e trabalhadores informais, ambulantes, pessoas que trabalham em ônibus, artistas de rua. Mães e pais de famílias, jovens e pessoas idosas. São homens e mulheres trans, pessoas bi, gays e lésbicas. São as pessoas que se encontram em situação de rua. É a nossa população negra, que descende dos guerreiros e guerreiras africanos e quilombolas. São também todos os povos indígenas e seus descendentes, primeiros donos desta terra onde pisamos.

Toda essa gente, toda nossa gente, para quem o significado do distanciamento social não poderia ser inequívoco. Escutamos estas pessoas em nossos serviços e ouvimos um grito de lamento e indignação confundido entre os dramas mais pessoais

e familiares. São pessoas que fazem brilhantes construções delirantes, na tentativa de solucionar aquilo que, como sociedade, não conseguimos. Pessoas que sofrem diante da iminência de ser infectado com o vírus, ou de transmiti-lo a alguém próximo ou conhecido, a alguém querido. Mas que sofrem também com o efeito disso na precarização de seus vínculos sociais (familiares, afetivos, de trabalho e projetos de vida). É por isso que considero que todo e qualquer profissional de saúde mental precisa ter a capacidade de escutar as histórias de nosso povo e perceber o quanto delas reeditam ou atualizam, em contextos bastante idiossincráticos e peculiares, os nossos problemas coletivos. Diante dessas narrativas, a gente pode ver que esses processos expõem o contexto de exclusão e desigualdade produzido por anos de violência colonial que sofremos, violência esta que hoje se pretende ser violência neoliberal. (CALMON, 2020; OLIVEIRA et al., 2020)Passados alguns meses desde o início da pandemia, temos a oportunidade de amadurecer nossa compreensão sobre este fenômeno, a partir de algumas reflexões teóricas à altura de nossas exigências históricas. Diversos estudos têm demonstrado aquilo que visualizamos em nossa realidade; como os efeitos desta pandemia se destacam quando pensamos nos grupos sociais mais vulnerabilizados. (NATIVIDADE et al., 2020; SANTOS et al., 2020) Por isso, acredito que o novo coronavírus deixa bem evidente as contradições de nosso sistema racista, patriarcal e capitalista, uma vez que não é possível derrotar o vírus sem produzir coesão social, sem ampliar a responsabilização do Estado com os direitos de nosso povo, sem fortalecer as políticas sociais, tornando-as prioridade na agenda pública. Acho que esse pode ser também um momento em que a gente se fortalece, em que a gente ganha novo fôlego para defender o SUS e um modelo de desenvolvimento social e econômico que, de fato, beneficie nossa gente.

Por tudo isso, Mônica/Molije, nesta carta também gostaria de registrar o quanto tenho percebido da nossa capacidade de nos reinventarmos e produzirmos novos modos de sociabilidade, novas formas de cuidado. Gostaria de registrar o meu apreço por ter trabalhado junto à equipe do Caps AD III Gey Espinheira que, mesmo diante das intempéries, segue firme prestando o melhor serviço possível à nossa população. Descobrimos, por exemplo, o quanto os atendimentos via telefone podem ser também portas de diálogo e construção ou manutenção de vínculos com os nossos usuários e usuárias. Não deixamos de realizar visitas domiciliares em situações de agravamento das condições psíquicas ou de crise, bem como mantivemos os atendimentos imprescindíveis e acolhimentos de novos casos na unidade, utilizando-se do máximo de estratégias para manter a segurança frente ao contágio. Realizamos, também, atendimentos ao ar livre, em torno da unidade, ou então com portas e janelas abertas, abrindo também caminhos para subjetividade.

Percebemos, neste período, que cada profissional tem lidado de forma diferente com este cenário, sendo importante respeitar os limites e momentos de cada um/a para a forma com que se colocam. Enfim, é um novo processo de trabalho, medos e experimentações fizeram e continuam fazendo parte do cardápio. Agradeço principalmente o acolhimento que eu e minha turma de residência recebemos nesse serviço, de forma que pudemos nos sentir parte também desta equipe.

No restante do ano de 2020, entre os meses de setembro e dezembro, acompanhei o processo de enfrentamento à pandemia no âmbito da Diretoria de Atenção à Saúde (DAS) da Secretaria Municipal de Saúde de Salvador (SMS), mais especificamente dentro da Coordenadoria das Redes de Atenção à Saúde Psicossocial (Crasp). Tive a oportunidade de testemunhar a gestão da rede de saúde mental no município, com um foco no trabalho dos serviços especializados como os Caps e os ambulatórios de saúde mental. Vale destacar os documentos produzidos no âmbito da Crasp, na tentativa de ajudar a reorganização dos serviços. As notas técnicas orientavam sobre a suspensão de atividades coletivas ou de grupo, bem como a manutenção do atendimento presencial para casos mais grave ou situações de crise, incluindo-se, na rotina dos serviços, a gestão de casos por telefone e a oferta de teleatendimento. (SALVADOR, 2020a, 2020b, 2020c, 2020d, 2020e)Estas orientações, todavia, não coincidem com a realidade de todos os serviços. Muitos trabalhadores precisaram utilizar de recursos pessoais para fazer com que o cuidado não fosse completamente interrompido, ao realizar, por exemplo, teleatendimentos com o número pessoal. O fato é que a situação foi sendo adaptada para que a oferta de atenção domiciliar não deixasse de ocorrer, assim como outros serviços essenciais. Os principais dilemas acentuados por este contexto de pandemia e percebidos, a partir deste âmbito de atuação, foram: a precariedade da rede, com insuficiência de serviços e equipes incompletas cobrindo territórios imensos; as dificuldades para criar novos arranjos nos processos de trabalho; o aumento do número de casos com demandas leves e moderadas em saúde mental, principalmente os casos de ansiedade e tristeza. Observamos, também, algumas equipes recusando-se a acolher casos novos, sem as condições de trabalho para fazê-lo com qualidade, ao mesmo tempo em que se reinventavam, através da inserção dos teleatendimentos e outras estratégias de cuidado no cotidiano.

Por tudo isso, destaco o empenho com que a equipe técnica da Crasp se coloca diante de todas estas dificuldades e contradições, gerindo inúmeras tensões, uma vez que respondem pela rede de saúde mental do município e recebem todas as queixas e dificuldades oriundas de todos os pontos: sociedade civil organizada, usuários/as, trabalhadores/as, demandas jurídicas etc. Na condição

de referência técnica, todavia, sem poder político para transformar a realidade, essa equipe de trabalhadores tem feito o possível para garantir que não se perca aquilo que foi conquistado.

Soma-se a este contexto as novas ameaças de retrocesso nas políticas de saúde mental em âmbito nacional (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE MENTAL, 2020) e o fôlego que o movimento da luta antimanicomial na Bahia tem tido para pressionar a gestão local, a fim de que se tomem providências e o compromisso com a reforma psiquiátrica antimanicomial seja assumido. Na condição de residente, circulando por tais espaços, tenho refletido o quanto este cenário foi acentuado pelo contexto da pandemia.

Reconheço o valor que nossa presença, na condição de residência multiprofissional, pode significar no estreitamento da relação entre serviço-universidade-comunidade. Estes tempos têm nos desafiado agudamente a pensar sobre isso: a relação entre teoria e prática, pensar a necessidade de produção do conhecimento plenamente alinhada com nossas necessidades sociais. Posso afirmar que o Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Uneb tem lidado com um sentimento de muito compromisso, apesar do medo. professor Magno Mercês, coordenador geral do programa no início deste processo, e hoje a professora Sandra Brasil, atual coordenadora, têm feito o melhor trabalho no sentido de garantir a nossa segurança e manter relações saudáveis de trabalho, ensino e aprendizagem. Já trabalhamos em escala, por exemplo, diminuindo assim a quantidade de dias que íamos ao serviço, nos expondo menos à possibilidade de contaminação e, com isso, dispondo de mais tempo para descanso e recuperação de nossas forças físicas e mentais. Ao mesmo tempo, fomos confrontados com a urgência de nos colocarmos também como universidade, que acolhe as necessidades dos serviços e de suas equipes e que propõe formas de contribuir com o processo de trabalho.

É um desafio! Anos de acúmulo da experiência de uma saúde mental psicossocial não poderia nos ter preparado para lidar com este cenário. Por isso também nos inspiramos com outras iniciativas desenvolvidas no âmbito das universidades públicas, que também se colocam para contribuir de maneira decisiva no enfrentamento à pandemia. Faço referência ao Programa Emergencial de Extensão Pensar junto, Fazer com: atenção à saúde mental em tempo de covid-19 que vocês têm desenvolvido no Instituto de Psicologia da UFBA. E também faço referência ao Projeto Nós Nas Ruas, (SILVA et al., 2020) coordenado pela professora Joílda Nery, do Instituto de Saúde Coletiva (ISC/UFBA), que tem realizado campanha de arrecadação de máscaras e material de higiene pessoal, com a finalidade de distribuir para população em situação de rua, bem como tem realizado articulação com o Movi-

mento Nacional de Pessoas em Situação de Rua (MNPR), na figura de Renata Luísa, liderança aqui na Bahia, e com outras instituições que trabalham com o mesmo público.[13] Nós, da Uneb, temos contribuído também com este projeto; eu, em particular, acompanhei algumas ações de campo junto ao MNPR, representando a universidade, com o objetivo de realizar ações de educação em saúde, bem como exercer o controle social no processo de implementação das políticas municipais direcionadas às pessoas em situação de rua. Visitamos unidades de acolhimento, restaurantes populares, acompanhamos ações da abordagem social, entre outras ações.

Além destes, destacamos o Projeto de Extensão Uneb contra o Coronavírus, articulado por inúmeros docentes, técnicos e discentes da universidade em várias linhas de ação. Atuei particularmente no eixo do projeto que cuidava de pensar ações de saúde mental para a população idosa dos territórios sanitários cobertos pelas unidades de saúde da família de Arenoso e Pernambuezinho. Tínhamos duas principais frentes de atuação neste trabalho: as *ligações afetivas*, (ALVES et al., 2020) nas quais produzíamos um momento de escuta e acolhimento via telefone para estes idosos, com ferramentas lúdicas. Ficávamos atentos às situações que demonstrassem maior necessidade de intervenção em saúde mental, dialogando com a equipe de referência a respeito de casos que precisassem de suporte mais especializado. De outro lado, neste projeto, tínhamos também a frente *afeto nas redes*, (QUEIROZ et al., 2020), na qual produzíamos materiais audiovisuais (vídeos e *podcasts*)[14] voltados a este público, considerando ainda o contexto de distanciamento social. Por tudo isso, sou muito grato de ter a oportunidade de ver a universidade se movimentando para responder às novas demandas. Em especial, com o protagonismo de professoras que honram o seu compromisso com o serviço público e se colocam para construir novas formas de abrir a universidade para nosso povo. Que a universidade se pinte de povo!

Para finalizar, Mônica, Molije, não deixei para falar de nossa relação por último ao acaso. Eu sei que, com o nível de nossa conexão, precisamos de poucas palavras para discernir nossos sentimentos. A empolgação que vivenciamos em nossos encontros pode ser medida com a troca de nossos olhares. Um sentimento de cumplicidade que conquistamos poucas vezes na vida, nas relações. Mas, já que por conta deste distanciamento social solidário/científico temos tido poucas oportunidades de nos olharmos, que as palavras então cumpram a missão de levar a mensagem que jamais deve ser esquecida. Saiba que essa carta foi escrita interrompida por

13 Divulgação das ações do projeto pode ser encontrada em: https://instagram.com/nosnasruas_/.

14 As produções audiovisuais estão disponíveis na página do Instagram: https://instagram.com/unebcontracovid19/.

lágrimas e emoções. E, de todos os afetos que me atravessaram, aquilo que sinto por você é muito especial: admiração e respeito. Aprendo muito contigo.

Um abraço afetuoso para você e todos os seus/suas (nossos/as) interlocutores/as!

João Batista Alves
Residente em Saúde Mental/Uneb
Salvador, 27 de fevereiro de 2021.

Minha querida Moli, meu amigo João,

Que coisa boa saber que a pandemia não foi capaz de nos distanciar afetivamente, nem em nossa militância de defender e operar práticas éticas de educação e/ou de cuidado. Escrever para vocês é falar de um lugar de absoluta verdade e conforto, valores que me são tão caros na sociedade das *fake news* e do incômodo constante. Fazendo uma retrospectiva dos nossos começos – o que acho caber numa época de tantas saudades –, durante meu percurso na graduação, iniciado há quase dezoito anos, Mônica era só a Molije, amiga de Marcus Vinícius de Oliveira Silva (com quem eu tanto aprendi sobre a vida e sobre as formas de ser no mundo), o que já era muito, pois ser amiga dele, para mim, era uma ótima referência. Anos se passaram e a gente nunca se conheceu de verdade, até que recebi a citada ligação sobre acolher o estágio de psicologia, uma parceria e presença na minha vida da qual não pretendo abrir mão. Eu nem sabia ainda porque estava tão feliz, mas o que me lembro é que vibrei, talvez pela alegria anunciada das bonitas e delicadas parcerias que temos ao longo desses anos conseguido construir entre nós duas, entre nós e a outra preceptora Leila Grave, e com todos estagiários e estagiárias que passaram por nós, muitos deles ainda presentes na minha vida.

João é um dos mais belos exemplos de uma relação intencionada para a horizontalidade, quando ele nos futucava, lembrando das relações de poder sempre postas, mesmo quando não queremos. O que ficou foi uma bonita amizade, cheia de cumplicidade e compartilhamento mútuos, hoje, como colegas de profissão. Tudo isso para dizer que abro o meu coração agora, sabendo que continuamos juntos, ao contar-lhes como têm sido os meus dias nas unidades de saúde da família que apoio (Garcia e Federação), junto à equipe Nasf. Então, vamos lá…

Estar no que denominaram "linha de frente" não tem sido nada, nada fácil ao longo de todo esse período. Trabalhar quarenta horas por semana, voltar para casa e expor minha mãe à minha presença, que antes era tão desejada, me causou – e ainda causa – uma série de questões. Enquanto muitas pessoas sofriam por estar em casa, cada dia que saía era um novo dilema. Ah, como eu queria estar na minha

casa! Protegida debaixo do meu teto, ainda que soubesse não haver proteção completa. Há algum tempo, nós, trabalhadoras de saúde, já defendemos que não nos cabe a insígnia de heroínas, pois queremos lembrar a todos e todas, sempre, que somos humanas, dotadas das mesmas fragilidades que qualquer uma e que, talvez, agora até mais cheias de medo e tristeza, pelo que presenciamos todos os dias. Mas lá no fundo, até acho que existe algo de heroísmo, pensando o significado da palavra "heroísmo", como posto no dicionário da língua portuguesa, do quanto tudo isso nos exigiu e exige até hoje de coragem, ousadia, persistência e enfrentamento nas pequenas e constantes batalhas diárias. Mas não esse heroísmo idealizado, e sim o heroísmo cotidiano, feito de carne e osso, a partir de escudos e armas pautados no acolhimento, no amparo mútuo e na capacidade humana de cuidar e pedir cuidado.

Partindo deste ponto, acredito que temos conseguido fazer muitas coisas, desde o início da pandemia, pensando o cuidado à saúde mental da comunidade e das equipes. Sobre os usuários e usuárias acompanhados, a primeira coisa que eu pensava era: como faremos? Como poderemos contribuir para o distanciamento social sem gerar desassistência e lidando com todos os nossos receios? Como poderemos receber as demandas tão complexas e urgentes do que João chama tão visceralmente de "nosso povo", sem expô-lo a ainda mais riscos? Lidar com saúde mental, para mim, é algo da maior seriedade que é possível haver, pois não há como conceber uma pandemia em curso sem prever o suporte emocional necessário, pensando que dividimos a mesma concepção de saúde mental: antimanicomial, antirracista, feminista, localizada criticamente na sociedade e defendendo um SUS gratuito, universal e de qualidade, tão desmontado e sucateado por esse governo. Então, a partir de tantas inquietações, vou contar a vocês como tudo tem sido.

Uma questão que impactou bastante a minha rotina foi a suspensão, logo no início da pandemia, do grupo terapêutico de mulheres, conduzido quinzenalmente com a minha colega terapeuta ocupacional Fernanda Reis e com duas agentes comunitárias de saúde, Rosemary Gomes e Joelma Fialho, grupo que existe há cerca de seis anos e teve uma maravilhosa aceitação tanto pelas equipes como pelas mulheres da comunidade. Há muito tempo, tem sido um espaço reconhecido como absurdamente potente, com a criação de redes de suporte mútuo em diversas direções, inclusive entre elas. Em todos os encontros, chegavam mulheres novas, que rapidamente percebiam o quanto de amparo era possível ser sustentado naquele espaço, dando conta, inclusive, do acolhimento da maioria delas sem a necessidade de escuta individual por nós.

Segundo Jorge (2017), um grupo deve contribuir para que a comunidade possa refletir acerca da relação das condições de vida no território em que vive com as

condições de saúde existentes, possibilitando que os conflitos diversos possam emergir, as angústias e os sofrimentos sejam coletivizados e o espaço público de diálogo seja retomado, transformando a dor silenciada em autonomia e fortalecimento coletivo. Sendo, além disso, um grupo de mulheres, que certamente reúne linhagens duramente deslegitimadas e cruelmente violentadas, a roda ganha mais relevância, potência e produz florescimentos incríveis.

Era óbvio: com a pandemia, não haveria mais grupo por um bom tempo, o que doía em nós, também, pelo sentido que ele dava à nossa rotina na unidade. Morin (2001) traz o modelo de Hackman e Oldham para apresentar algumas características que dão sentido ao trabalho: a variedade das tarefas, a percepção de um resultado identificável, o impacto significativo sobre o bem-estar de outras pessoas, a autonomia na realização e as informações obtidas sobre seu desempenho. Ou seja, suspender (ou até restringir) um espaço tão potente e transformador também nos impactava. O que precisamos rapidamente fazer foi nos reorganizar e repensar o suporte. Nos dividimos para ligar regularmente para todas as participantes dos últimos meses, sempre checando como estavam lidando com esse momento, avaliando suas necessidades e a pertinência de um atendimento presencial. Sim, sabíamos a importância de evitar isso ao máximo naquele momento. Mas, com os devidos cuidados, penso que conseguimos construir um processo muito responsável de divisão da responsabilidade sobre os riscos e os benefícios de cada escolha. Elencamos como critérios principais para o contato presencial o risco propriamente dito (como ideações ou tentativas de suicídio), situações de violência (nas quais o afastamento causaria mais vulnerabilidade e o teleatendimento seria inviável) e sintomas agravados de depressão, pânico, ansiedade, além dos quadros de psicose. Segundo o *Protocolo de Classificação de Risco em Saúde Mental do Espírito Santo* (2018), a avaliação em saúde mental envolve estabelecer prioridades para atendimento a partir do risco e grau do sofrimento, definindo o recurso assistencial mais adequado a cada caso. É justamente isso que fomos tentando fazer.

Se, considerando todos os riscos de estar em uma unidade de saúde que atende sintomáticos respiratórios, a usuária me diz que não está conseguindo dar conta do sofrimento e que a escuta por telefone não é suficiente, eu confio na sua avaliação sobre si mesma e abro as portas para recebê-la, mesmo quando o vento quer derrubar tudo, como diz Adriana Calcanhoto.[15] E, em cada atendimento que tenho realizado, finalizo com a certeza de ter tomado a decisão correta, mesmo nesse momento.

---

15 Canção "Sudoeste", de Adriana Calcanhoto. Disponível em https://youtube.com/watch?v=1sKmfwPowxo.

Seis meses após o início da pandemia, retomamos o grupo no formato virtual e no formato presencial, sendo o primeiro aberto para todas as mulheres e o segundo, com um número limitado de pessoas e sob critérios de gravidade, seguindo mais o formato de um atendimento coletivo do que de um grupo propriamente dito. Sem dúvida, o benefício de realizar novamente esse espaço preencheu meu cotidiano com mais um pouquinho de sentido, pois, com a suspensão de diversos espaços coletivos, a rotina vinha sendo muito solitária e simplesmente estar em roda de conversa/escuta aquecia meu coração de novo. Além disso, o espaço do grupo sempre foi uma estratégia potente para dar conta da grande demanda por atendimento, então retomá-lo também tem me ajudado a ofertar um cuidado mais condizente com as necessidades da comunidade.

A construção de critérios também vem ocorrendo com as visitas domiciliares, que temos evitado e feito a partir de avaliação em discussão conjunta. Repito: se com todos os riscos, uma pessoa me diz que precisa com urgência falar presencialmente, mas que está em pânico de vir à unidade, por que não pensar uma estratégia com ela, nem que seja conversar na porta de casa?

Para as que avaliamos, conjuntamente, não ser necessário o presencial, continuamos conversando pelo telefone e as ACS têm feito um lindo trabalho de disponibilidade e cuidado através de um grupo no WhatsApp criado por iniciativa das próprias mulheres para manterem o contato desde antes da pandemia, além da busca ativa e identificação de outras situações de sofrimento na comunidade. Aproveito para parabenizá-las publicamente, pois o que temos feito juntas é uma das parcerias mais bonitas que já vivenciei nesses sete anos de Nasf. Estar entre mulheres realmente transforma mundos.

Outra ação bastante relevante foi a produção de vídeos informativos junto às equipes e à comunidade, para chegar mais perto das pessoas e fazer parte do seu cotidiano, trazendo discussões e informações tanto sobre a pandemia e o fluxo da unidade, quanto abordando os temas mais diversos. Dentro disso, inauguramos uma série que demos, carinhosamente, o mesmo nome do grupo, "Cuidando das Emoções", para que, em pequenos vídeos de um minuto, pudéssemos promover mais saúde emocional nessa fase tão adoecedora e conseguirmos que as pessoas ouçam o tom da nossa voz, percebam a emoção nos nossos olhos e não se sintam tão distantes.[16] O efeito dos vídeos foi maior e melhor do que poderíamos supor, não ficando restritos ao tema da saúde mental e sendo uma estratégia muito útil e potente na disseminação das mais diversas informações para o território. Cada vez mais colegas

16 Disponíveis em: https://instagram.com/suspiro_psi/

se envolveram na sua produção e a comunidade tem gostado muito, ao que percebemos como a arte é uma via que, de fato, produz saúde.

Quanto ao cuidado individual dos casos que eu já conhecia, tenho tentado, junto às equipes, fazer o mesmo tipo de avaliação que citei. Falamos pelo telefone e avaliamos juntas como estão as necessidades, ou discutimos em reunião técnica (que fico muito feliz em termos conseguido retomar!) e pensamos a melhor estratégia. Muitas vezes, as notícias chegam por outra profissional, que teve algum contato com a pessoa e aí vemos como agir, como cuidar. Felizmente, tenho a sorte de poder contar com muitas profissionais sensíveis, que, ainda que se digam inseguras para o trabalho com saúde mental, conseguem apurar o olhar, afinar a escuta e perceber quando existe a necessidade de um acolhimento mais cuidadoso, de uma parceria comigo, ou mesmo de um acionamento do Centro de Atenção Psicossocial (Caps). Inclusive, nesse período, têm chegado novos casos, tanto de pessoas com sintomas emergentes a partir da vivência da pandemia e do isolamento social, que acometem as nossas comunidades de maneira ainda mais visceral e cruel, como de questões outras talvez agravadas pelo contexto e que demandam atenção.

Se a pandemia nos trouxe tantas coisas difíceis e duras para absorver e manejar, talvez um dos pontos positivos é que nossas rotinas, esvaziadas de sentido e das antigas atividades planejadas, abriram a possibilidade de novos encontros e novas parcerias. Atendi, em 2020, inúmeros casos, por exemplo, junto às médicas que, na época, sem tantas consultas programáticas para dar conta, conseguiam sentar comigo para uma longa escuta de alguém que sofre, e foi muito bonito de ver.

Como eu disse, em alguns casos, precisamos nos articular com outros services da rede de saúde ou intersetorial. Quando a distância física tem sido quase a regra, eu, que sempre defendi que fazer rede é ver cara a cara, olho no olho, tenho me reinventado no possível agora. Felizmente, nesses anos, conseguimos construir um processo de apoio matricial bem consolidado junto ao Caps II e algumas parcerias para a saúde mental infantojuvenil. Retomamos as reuniões regulares com o Caps II e até fizemos consultas conjuntas por videoconferência com uma psiquiatra para algumas adolescentes em crise de ansiedade ou com um sofrimento mais intenso. Segundo Nunes, Torrenté e Landim (2016), a mudança de um modelo de atenção à saúde em formato piramidal para outro em rede visa à construção de processos de trabalho pautados na circulação de saberes, na corresponsabilização e na produção de ações compartilhadas. Pelos exemplos trazidos, vemos que, mesmo no caos, é possível produzir vida, é possível fazer junto.

Ah, meus queridos, como tem sido um desafio e tanto! Mudar um cuidado que era operado quase totalmente na modalidade presencial para o mundo virtual não é

tarefa dada, é construção e descoberta diárias. Do outro lado da linha, a pessoa ri, ou chora, ou emudece, ou fala sucintamente, nunca sabemos direito o que está por trás. Será que ela está bem mesmo? Pergunto se pode falar, se quer que ligue depois, me manda uma mensagem ao desligar. Não tinha conseguido dizer. A disponibilidade muda. Se, antes, alguns usuários com maior risco tinham meu telefone para caso de necessidade, desde que a pandemia começou, democratizei mais esse acesso. Se não quero que as pessoas venham à unidade por qualquer motivo e a Secretaria Municipal de Saúde demorou quase um ano para disponibilizar *tablets* e celulares institucionais para o contato, acabei me vendo sem saída para não gerar mais desassistência do que o isolamento domiciliar já tem produzido. Certamente, isso produz ônus objetivo (uso do próprio celular) e subjetivo (disponibilidade *on-line*), que fica para quem faz. Mas gerenciar tudo isso de maneira saudável e reconhecer os meus limites junto à pessoa acompanhada sempre fez parte das minhas reflexões.

O que meu amigo Marcus Vinícius diria? Como ele faria? Me lembro então da sua voz bradando que "a gente tem que fazer o que é necessário, não o que a gente quer!". Sigo, fazendo o que acho necessário e importante, também porque dá sentido aos meus dias, e entendendo quais são os meus limites nisso tudo. E estar bem agora é condição para conseguir cuidar. Aí me vem Gonzaguinha, quando canta "Caminhos do coração",[17] e me lembro que "Foi assim que eu quis, e assim eu sou feliz, principalmente por poder voltar a todos os lugares onde já cheguei". Sim, meus queridos, a certeza de que estou exatamente onde deveria estar e que o meu trabalho agora faz alguma diferença nesse mundão enorme é bálsamo para o meu coração, aquece a alma. Tenho voltado não só para o colo das pessoas onde me sinto em casa, mas também a muitos lugares escondidos dentro de mim, alguns bastante doídos, outros já cansados, mas há também lugar para a esperança e para o sorriso, senão não daria pra aguentar.

E por fim, falando em aguentar, como ficamos nós? Como nós, trabalhadoras da saúde, damos conta das nossas emoções, medos, tristezas, raivas, desânimos… para estar dispostas e disponíveis para escutar e intervir? Com certeza, cuidar de si mesma hoje é a coisa mais importante que podemos fazer pelo outro. Como a velha analogia da máscara de oxigênio no avião: coloque primeiro em você, pois só assim é possível cuidar de alguém. O desafio não é pequeno: no lugar em que nos dizem para sermos fortes, nos armamos com equipamentos de proteção individual e vamos para a batalha, colocando as nossas dores em caixinhas bem guardadas durante boa parte do dia. Paro e me percebo ficando ansiosa ao escutar. A dor

17 Canção "Caminhos do coração", de Gonzaguinha, disponível em: https://youtube.com/watch?v=-KO7v3rmzl5E

do outro parece muito com a minha. Como bem diz Débora Noal, que tanto tem nos ensinado sobre esse momento, cuidar da saúde mental numa pandemia é diferente de qualquer outra coisa, pois quando volto para casa, o problema do outro é o meu, ele volta junto comigo.[18] Ainda que em contextos e formas diferentes, isso me fez criar algumas estratégias para suportar melhor o cotidiano. Quantas pessoas consigo escutar sem despedaçar? Quantas ligações consigo fazer? Quantas colegas sou capaz de acolher (sim, a demanda de escuta individual pelo sofrimento de colegas aumentou muito)? Quanto tempo preciso para respirar, me centrar, entender o que estou sentindo, me renovar e voltar para frente? Não tenho essas respostas tão prontas, mas aprendi que fazê-las a todo tempo é condição fundamental. Me perguntar a cada momento como estou e do que preciso, pois só eu mesma posso encontrar essas respostas. Até porque, todo esse "armamento", para dar conta ao longo do dia, pode produzir inúmeros efeitos. Pois comecei a perceber que ao chegar em casa, não era fácil me "despir" de tudo isso e "virar a chave" que me permitiria amolecer, arrear o peso e tomar os rumos necessários para ficar bem. Às vezes, eu simplesmente seguia, no piloto automático, passando mais um dia. Não chorava, mas não sorria. E cada vez que me dava conta do que acontecia, eu "resetava", fazia o caminho de volta até o meu coração e só parava um pouquinho para escutar, em silêncio. E voltar a sentir era fundamental.

Percebia que as minhas colegas passavam por processos semelhantes, cada uma lidando e expressando o sofrimento à sua maneira. Algumas paralisaram, outras deprimiram um pouco, outras ainda desenvolveram sintomas de desorganização interna, insônia, taquicardia, dores. Como precisamos de cuidado! Elaborei um questionário, validei junto às minhas colegas do Nasf, e fui perguntar a 48 trabalhadoras que dividiam o cotidiano comigo o que elas estavam sentindo, como estavam conseguindo se cuidar ou não e o que seria bacana ter na unidade como projeto coletivo de cuidado. Foi uma incursão de beleza e descobertas. A primeira coisa que me surpreendi foi que a maior parte das pessoas não queria um espaço para conversar sobre o assunto. Talvez dar risada juntas, fazer uma respiração guiada ou se alongar pudesse fazer bem, como descobrimos através dos resultados do questionário. Eu entendi muito aquilo, porque quando alguém me perguntava se eu queria conversar, a primeira coisa que pensava é que não havia muito o que falar, as palavras não davam conta de expressar o que sentia e também não queria repetir. Só queria que alguém me dissesse que uma hora tudo isso ia passar,

18 Entrevista concedida ao programa canal "Fala, diversidade!", com o tema "Sobre os desafios de uma pandemia e o (auto)cuidado – Psicologia das Emergências e Desastres", disponível em: https://youtube.com/watch?v=MrRAskqpdZk

que estava junto comigo e que se eu precisasse, estaria ali. Foi nesse contexto que, junto com minha equipe Nasf, criamos o Projeto #Partiu, um momento semanal para relaxar, se cuidar e descontrair ao iniciar o dia ou finalizar a jornada. Com os devidos cuidados de proteção e distância, nos reunimos durante cerca de quatro meses na unidade para lembrarmos juntas que essa crise não precisava ser enfrentada com mais solidão, e que nos enxergar para além do jaleco é o que nos confere a humanidade necessária para seguir. Me sentia vista e sentia que elas também. E me via melhor ao me mostrar.

E assim temos seguido. Um dia de cada vez. Ou talvez um minuto. Não sem conflitos, desentendimentos, incômodos. Longe de estar num cenário agradável e confortável. Nem de ser a equipe mais unida e afinada. Mas com certeza estou, e estamos, tentando caminhar. Uns dias conseguindo mais, com fluidez e ritmo, outros conseguindo menos, com muitos tropeços e acidentes. Relembrando os primeiros meses da pandemia, vejo que hoje tenho (e acho que a maioria de nós tem) mais recursos internos para lidar com os desafios que o momento apresenta. Não me sinto tão "no limite", não vejo as colegas tão desesperadas. Mas é fato que estamos todas muito cansadas de passar oito horas de máscara por dia, sem os costumeiros abraços, sorrisos e tranquilidade… É sobre estarmos em risco, sobre perdermos quem amamos. Não é segredo que a permanência e o controle são ilusões, mas nunca estivemos tão perto do seu radical oposto. E, ao vir para essa roda de conversa de trocas de cartas, com esses dois amigos que tanto confio e sei que entendem os meus princípios e valores mais caros, trago Gonzaguinha no peito, quando ele diz:

> É tão bonito quando a gente entende que a gente é tanta gente onde quer que a gente vá
>
> É tão bonito quando a gente sente que nunca está sozinha, por mais que pense estar
>
> É tão bonito quando a gente pisa firme nessas linhas que estão nas palmas da nossa mão
>
> É tão bonito quando a gente vai a vida nos caminhos onde bate bem mais forte o coração.[19]

Assim, cheia de abraços e afagos acumulados e carinhosamente guardados para vocês, para outros e outras amados(as) que fazem parte da minha história, para

19 Ver nota 17.

todas as pessoas ao redor do mundo que estão defendendo o SUS, para as minhas colegas de cotidiano e para os tantos e tantas que acompanho o caminhar e que generosamente dividem as suas vidas e dores comigo, compartilho, aqui, a minha genuína honra e agradecimento, pois é justamente por ter chão, colo e braços abertos que estou de pé e tenho alçado voos.

Fernanda Rebouças
Salvador, 27 de fevereiro de 2021.

Epílogo

É possível refletirmos que o sofrimento que tem acometido profissionais de saúde, desde o início da pandemia, pode ser pedagogicamente dividido em três blocos, sendo decorrente:

- do contexto social e político, vivenciado tanto pela perda/suspensão de direitos trabalhistas nos últimos dois anos, quanto pela percepção de crescente vulneração de grande parte da população assistida e SUS-dependente, o que gera impotência, frustração e limita as possibilidades de ação;
- das mudanças no processo de trabalho, com presença de conflitos interpessoais que, na pandemia, adquiriram novo "peso", surgimento de novos desafios, perda de sentido na rotina pela suspensão de atividades, oscilação na garantia de EPIs, exposição a riscos ocupacionais que geram riscos pessoais e familiares, entre outros aspectos; e
- das restrições na vida pessoal, através da perda do contato direto com locais e pessoas próximas e de apoio, medo de ser uma ameaça a quem mora na sua casa, sentimentos vivenciados de maneira mais radical ou agravados e limitação das atividades de lazer.

Segundo Wanderson Moreira, Anderson Souza e Maria Nóbrega (2020), a pandemia da covid-19 tem provocado sofrimento mental na população geral e nos profissionais de saúde, com destaque para quadros de ansiedade, depressão e estresse. Temos vivenciado oscilações nos indicadores de infecção pelo novo coronavírus, mas as consequências relacionadas à saúde mental persistem e necessitam de cuidados regulares. É um paradoxo que, em um momento de crescimento da demanda, tenhamos suspensão de diversos serviços de assistência, tendo alguns parado suas atividades, convertendo-as para a modalidade *on-line* ou mantendo apenas o atendimento presencial de usuários(as) já acompanhados(as).

É urgente que possamos pensar estratégias de manutenção do cuidado democratizado, considerando a saúde dos trabalhadores e trabalhadoras, mas também das comunidades. Sobre a primeira questão, é importante minimizar a exposição aos riscos, considerar as vulnerabilidades, com a garantia das condições adequadas e seguras para o trabalho; ofertar apoio institucional de forma a encontrar as melhores soluções para os desafios apresentados, com a participação das trabalhadoras e trabalhadores nos processos decisórios; bem como oferecer suporte emocional àqueles(as) que apresentarem agravamento ou início de sintomas de sofrimento psíquico. Em relação ao cuidado dos(as) usuários(as), acreditamos que, tendo as condições supracitadas para os(as) profissionais, torna-se mais possível e palpável prestar um cuidado de qualidade e intersetorial, pois, caso contrário, este estará pautado exclusivamente no compromisso ético e à custo da própria saúde mental dos(as) trabalhadoras(es).

Essa possibilidade de troca de cartas, assim como as rodas de conversa realizadas pelo Projeto Pensar junto, Fazer com: saúde mental em tempos de covid-19, representa a aposta "no poder que o compartilhamento de histórias pode exercer sobre as angústias e sofrimentos emocionais dos trabalhadores de saúde". (SERPA JR et al., 2020, p. 620) Afinal, o reconhecimento de ser parte de um todo maior, que defenda uma saúde verdadeiramente pública e uma educação acessível a todos e todas, confere lugar às nossas emoções e sustentação às nossas ações. Acreditamos que as cartas compartilhadas aqui ilustram de maneira muito profunda e concreta como é possível construir saúde mental coletivamente, quando vemos sentido naquilo que fazemos e encontramos bons "ecos" pelo caminho. Vasconcelos (2019) nos faz uma série de perguntas, que talvez nos ajude – e também a quem lê – a achar um lugar nisso tudo.

> O que leva esses trabalhadores da saúde em direção tão oposta à valorização extrema do individualismo competitivo, em busca da fama, da riqueza e dos prazeres imediatos? Por onde passa esse estranho gosto que torna esse difícil trabalho fonte de realização e entusiasmo? De onde vem a garra para tantos enfrentamentos políticos e profissionais exigidos por essa opção? (VASCONCELOS, 2019. p. 193)

Não resta dúvida de que as respostas para esses questionamentos não são fáceis nem simples. E, nesse sentido, finalizamos com Ryane Leão, no Instagram *@ondejazzmeucoracao*, sempre com sua capacidade poética de expressão de sentimentos que nos tocam e nos representam, aquietando um pouco nosso mundo interno, na potência de não estarmos sós nesse caminho de luta:

me cuido, me olho, vigio
não deixo passar meu alívio
sei que só posso depositar a paz
em outras mãos
quando primeiro decoro seu caminho
me divido, volto meu olhar ao coletivo
e quando te vejo prosseguir
a coragem abraça o meu peito
é a nossa potência em sintonia
que faz a terra tremer

Salvador, em março de 2021, cartas atualizadas, no momento em que estamos enfrentando o pior da pandemia covid-19, na Bahia e no Brasil.

Trio da Balbúrdia

Referências

ALVES, J. B. B. B. *et al*. Ligações afetivas: acolhimento e promoção à saúde mental de idosos em condições de isolamento social na Pandemia da COVID-19. *In*: GULJOR, A. P. F. *Anais do 7º Congresso Brasileiro de Saúde Mental*. Santos: Abrasme: Coopacesso, 2020. p. 683-684. Disponível em: https://congressoabrasme.laboro.edu.br/wp-content/uploads/2020/12/MIOLO-Anais-do-70-Congresso-da-ABRASME-.pdf. Acesso em: 27 jan. 2021.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE MENTAL. *Nota técnica da ABRASME sobre a revogação na Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas no Brasil*. Brasília, DF: Abrasme, 14 dez. 2020. Disponível em: https://www.abrasme.org.br/blog-detail/post/104279/nota-t%C3%A9cnica-da-abrasme-sobre-o-revoga%C3%A7o-na-pol%C3%ADtica-nacional-de-sa%C3%BAde-mental-%C3%A1lcool-e-outras-drogas-no-brasil. Acesso em: 11 jan. 2021.

BARBOSA, I. R. *et al*. Incidência e mortalidade por COVID-19 na população idosa brasileira e sua relação com indicadores contextuais: um estudo ecológico. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, 2020. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232020000100208&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 15 jan. 2021.

BENTO, M. A. Branqueamento e branquitude no Brasil. *In:* CARONE, I.; BENTO, M. A. (org.). *Psicologia social do racismo*: estudos sobre branquitude e branqueamento no Brasil. Petrópolis: Vozes, 2002. p. 25-58.

BIROLI, F. *Gênero e desigualdades*: os limites da democracia no Brasil. São Paulo: Boitempo, 2018.

BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. Brasília, DF: Centro Gráfico, 1988. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm. Acesso em: 1 jan. 2021.

CALMON, T. V. L. As condições objetivas para o enfrentamento ao COVID-19: abismo social brasileiro, o racismo, e as perspectivas de desenvolvimento social como determinantes. *Revista NAU Social*, Salvador, v. 11, n. 20, p. 131-136, 2020. Disponível em: https://periodicos.ufba.br/index.php/nausocial/article/view/36543. Acesso em: 20 jan. 2021.

CARDOSO, B. B. A implementação do Auxílio Emergencial como medida excepcional de proteção social. *Revista de Administração* Pública, Rio de Janeiro, v. 54, n. 4, p. 1052-1063, 2020. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-76122020000401052&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 15 jan. 2021.

CASAIS, N. A. Entrevista com Eduarda Mota e Marcus Vinícius Oliveira, supervisores do programa de intensificação de cuidados a pacientes psicóticos. *In*: SILVA, M. V. O. (org.). *A clínica psicossocial das psicoses*. Salvador: UFBA, 2007. p. 15-36. Disponível em: http://picica.dominiotemporario.com/intesaextensa(3).pdf. Acesso em: 24 jan. 2021.

CUNHA, G. T.; CAMPOS, G. W. S. Apoio matricial e atenção primária em saúde. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 61-970, 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902011000400013&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 19 jan. 2021.

DIAS, B. C.; MARTINS, P. "Enfrentar o coronavírus significa fortalecer o SUS e o trabalho dos profissionais de saúde" – entrevista com Victor Grabois. *Comunicação Abrasco*, Rio de Janeiro, 12 mar 2020. Disponível em: https://www.abrasco.org.br/site/noticias/enfrentar-ao-coronavirus-significa-fortalecer-o-sus-e-o-trabalho-dos-profissionais-de-saude-abrasco-entrevista-victor-grabois/45630/. Acesso em: 12 dez 2020.

ESPÍRITO SANTO. Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo. *Protocolo de classificação de risco em saúde mental*. Vitória: Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo, 2018. Disponível em: https://saude.es.gov.br/Media/sesa/Protocolo/PROTOCOLO%20CLASSIFICACAO%20DE%20RISCO%20EM%20SAUDE%20MENTAL.pdf. Acesso em: 24 jan. 2021.

EVARISTO, C. *Poemas da recordação e outros movimentos*. Belo Horizonte: Nandyala, 2008.

GOES, E. F.; RAMOS, D. O.; FERREIRA, A. J. F. Desigualdades raciais em saúde e a pandemia da COVID-19. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 1-7, 2020. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462020000300301&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 15 jan. 2021.

GONÇALVES-FILHO, J. M. Humilhação social: humilhação política. *In*: SOUZA, B. P. (org.). *Orientação à queixa escolar*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2013. p. 187-219.

JORGE, M. A. S. As práticas grupais em saúde. *In*: SOALHEIRO, N. (org.). *Saúde mental para atenção básica*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2017. p. 199-209.

LIMA, M. *et al*. "Caruru de Balbúrdia": supervisão compartilhada em psicologia como prática de pesquisa. *In*: MEDRADO, B.; TETI, M. M. (org.). *Problemas, controvérsias e desafios atuais em psicologia social*. Porto Alegre: Abrapso, 2019. p. 132-151. Disponível em: https://www.abrapso.org.br/download/download?ID_DOWNLOAD=610. Acesso em: 10 jan. 2021.

LIMA, M.; REBOUÇAS, F.; GRAVE, L. Formação em Psicologia: dimensões da supervisão compartilhada na atenção básica à saúde. *In*: CONGRESSO NACIONAL DE PSICOLOGIA DA SAÚDE, 12., 2018, Lisboa. *Actas* [...]. Lisboa: Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde: Instituto Universitário, 2018. p. 1-12. Disponível em: https://core.ac.uk/download/pdf/154173853.pdf. Acesso em: 11 jan. 2021.

MOREIRA, W. C.; SOUSA, A. R.; NOBREGA, M. P. S. S. Adoecimento mental na população geral e em profissionais de saúde durante a COVID-19: scoping review. *Texto Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v. 29, 2020. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072020000100208&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 22 jan. 2021.

MORIN, E. M. Os sentidos do trabalho. *Revista de Administração de Empresas*, São Paulo, v. 41, n. 3, p. 8-19, 2001. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75902001000300002&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 10 jan. 2021.

NATIVIDADE, M. S. *et al*. Distanciamento social e condições de vida na pandemia COVID-19 em Salvador-Bahia, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 9, p. 3385-3392, 2020. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232020000903385&lng=en&nrm=iso. Acesso em 14 jan. 2021.

NUNES, M.; TORRENTÉ, M.; LANDIM, F. L. P. Saúde mental e atenção primária: transvetores de articulação. *In:* NUNES, M.; LANDIM, F. L. P. (org.). *Saúde mental na atenção básica*: política e cotidiano. Salvador: Edufba, 2016. p. 123-141.

OLIVEIRA, P. I. Organização Mundial da Saúde declara pandemia de coronavírus: Atualmente, ao menos 115 países têm casos da doença. *Agência Brasil*, Brasília, DF, 11 mar. 2020. Disponível em: https://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2020-03/organizacao-mundial-da-saude-declara-pandemia-de-coronavirus. Acesso em: 16 nov. 2020.

OLIVEIRA, R. G. *et al*. Desigualdades raciais e a morte como horizonte: considerações sobre a COVID-19 e o racismo estrutural. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 36, n. 9, p. 1-14, 2020. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2020000903003&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 18 jan. 2021.

PAIM, J. O *que é o SUS*: e-book interativo. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2015. *E-book*. Disponível em: https://portal.fiocruz.br/livro/o-que-e-o-sus-e-book-interativo. Acesso em: 8 jul. 2021.

QUEIROZ, G. M. *et al*. Afeto nas redes: desenvolvimento de produtos audiovisuais para promoção de saúde mental de idosos em condições de isolamento social na pandemia por COVID-19. *In*: CONGRESSO BRASILEIRO DE SAÚDE MENTAL, 7., 2020, Santos. *Anais* [...]. Santos: Abrasme: Coopacesso, 2020. p. 287-288. Disponível em: https://congressoabrasme.laboro.edu.br/wp-content/uploads/2020/12/MIOLO-Anais-do-7o-Congresso-da-ABRASME-.pdf. Acesso em: 27 jan. 2021.

SALVADOR. Diretoria de Atenção à Saúde. Coordenadoria das Redes de Atenção à Saúde Psicossocial. Orientações para organização da Rede de Atenção Psicossocial Especializada no enfrentamento ao Novo Coronavírus (COVID-19) no município de Salvador. Nota Técnica – Novo Coronavírus nº 002/2020. *Governo da Bahia*, Salvador, 20 mar. 2020a. Disponível em:<www.saude.salvador.ba.gov.br/wp-content/uploads/2020/06/Nota_Tecnica_N_02_de_2020_Rede_de_Atencao_Psicossocial.pdf. Acesso em: 2 jan. 2021.

SALVADOR. Diretoria de Atenção à Saúde. Coordenadoria das Redes de Atenção à Saúde Psicossocial. Orientações para gestão de casos através de teleatendimento a usuários da atenção psicossocial especializada. Nota Técnica – Novo Coronavírus – DAS/CRP nº 001/2020. *Governo da Bahia*, Salvador, 15 abr. 2020b. Disponível em: http://www.saude.salvador.ba.gov.br/covid/wp-content/uploads/sites/27/2020/08/NOTA-T%C3%89CNICA-CRP-001.2020-TELEATENDIMENTO-FINAL.pdf. Acesso em: 2 jan. 2021.

SALVADOR. Diretoria de Atenção à Saúde. Coordenadoria das Redes de Atenção à Saúde Psicossocial. Orientações para atenção domiciliar na atenção psicossocial especializada. Nota Técnica – Novo Coronavírus – DAS/CRP nº 004/2020. *Governo da Bahia*, Salvador, 26 ago. 2020c. Disponível em: http://www.saude.salvador.ba.gov.br/covid/wp-content/uploads/sites/27/2020/08/NOTA-T%C3%89CNICA-CRP04.2020_27-DE-AGOSTO-DE-2020.pdf. Acesso em: 2 jan. 2021.

SALVADOR. Diretoria de Atenção à Saúde. Coordenadoria das Redes de Atenção à Saúde Psicossocial. Orientações para o cuidado e prevenção ao COVID-19 nos serviços residenciais terapêuticos municipais. Nota Técnica – Novo Coronavírus – DAS/CRP nº 002/2020. *Governo da Bahia*, Salvador, 16 abr. 2020d. Disponível em: http://www.saude.salvador.ba.gov.br/covid/wp-content/uploads/sites/27/2020/08/NOTA-T%C3%89CNICA-CRP-02.2020-CUIDADO-EM-SRT-FINAL.pdf. Acesso em: 2 jan. 2021.

SALVADOR. Diretoria de Atenção à Saúde. Coordenadoria das Redes de Atenção à Saúde Psicossocial. Orientações e sugestões para o cuidado e prevenção ao COVID-19 nos centros de atenção psicossocial infanto-juvenis municipais. Nota Técnica – Novo Coronavírus – DAS/CRP nº 03/2020. *Governo da Bahia*, Salvador, 26 ago. 2020e. Disponível em: http://www.saude.salvador.ba.gov.br/covid/wp-content/uploads/sites/27/2020/08/NOTA-T%C3%89CNICA-CRP-03.2020_26-DE-AGOSTO-DE-2020.pdf. Acesso em: 2 jan. 2021.

SANTOS, M. P. A. *et al*. População negra e COVID-19: reflexões sobre racismo e saúde. *Estudos Avançados*, São Paulo, v. 34, n. 99, p. 225-244, 2020. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142020000200225&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 16 jan. 2021.

SERPA JR., O. D. *et al*. Escrita, memória e cuidado – testemunhos de trabalhadores de saúde na pandemia. *Revista Latino-Americana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, v. 23, n. 3, p. 620-645, 2020. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-47142020000300620&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 22 jan. 2021.

SILVA, M. V. O. (org.). *A clínica psicossocial das psicoses*. Salvador: UFBA, 2007. Disponível em: http://picica.dominiotemporario.com/intesaextensa(3).pdf. Acesso em: 24 jan. 2021.

SILVA, S. S. da *et al*. Coletivo Nós nas Ruas e Programa Corra pro Abraço: ações para o enfrentamento da COVID-19 em Salvador, BA, Brasil. *Interface*, Botucatu, v. 25, n. 1, e200690, 2021. Disponível em http://old.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832021000200501&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 19 jul. 2021.

TYKANORI, R. Contratualidade e reabilitação psicossocial. *In:* PITA, A. (org.). *Reabilitação psicossocial no Brasil*. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2001. p. 55-59.

VASCONCELOS, E. M. Esta estranha raça de profissionais de saúde dedicados aos pobres, oprimidos e marginalizados. *In*: UN, J. A. W. (org.). *Percepções amorosas sobre o cuidado em saúde*: estórias da Rua Balsa das 10. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2019. p. 189-193.

FAZER COM, PENSAR JUNTO

práticas territoriais de cuidado em tempos de covid-19: algumas reflexões sobre vida, cuidado e linhas de fuga

EMERSON ELIAS MERHY

Quando iniciamos nossa roda de conversa,[1] alguns profissionais da rede fizeram várias considerações. Em suas falas, por áudio, apresentaram informações e questões sobre vivências e inquietações pelas quais estavam passando, que destaco a seguir:

- O acompanhamento remoto, que foi apresentado como estratégia para alcance dos usuários durante o momento de pandemia, apresenta-se como um desafio constante, não cumprindo, muitas vezes, o pretendido;
- Há muitos desafios para a realização de atividades no território durante a pandemia, uma vez que algumas ações caras, bases para determinados serviços-dispositivos, foram suspensas, colocando, então, como algo central, a necessidade de se redescobrir formas de fazer o cuidado e, até, de inventá-las;
- O número insuficiente de trabalhadores ativos nos serviços, devido a afastamentos por grupo de risco ou por desligamento do cargo, tem se apresentado como um grande problema;

1 Roda de conversa "Reflexões sobre práticas territoriais de cuidado em tempos de covid-19", realizada em 28 de julho de 2020, mediada pelo autor, promovida pelo Programa Emergencial de Extensão Pensar junto, Fazer com: saúde mental em tempo de covid-19 (IPS/UFBA).

- Foi observado um aumento da demanda da população em situação de rua, em especial devido a questões relacionadas ao atravessamento da pandemia, bem como ao sofrimento mental;
- A necessidade de enfrentar, de modo mais imediato, a questão do cuidar de quem cuida;
- Alguns profissionais sinalizaram que haviam conseguido adotar a estratégia de encontros quinzenais com outros profissionais da rede, para articulação e ofertas dos serviços. No entanto, houve uma intensificação da dificuldade do acesso aos outros serviços;
- "Desassistência, ausência do poder público e sensação de frustração" e "carga emocional forte sobre os trabalhadores de saúde, além do sentimento de impotência frente às demandas", segundo uma das falas, têm configurado outros desafios existentes nas práticas profissionais, bem como, segundo outra fala, lidar com "lista de espera para quem tentou suicídio" tem fomentado angústias sobre qual o cuidado que está sendo oferecido e como está sendo feito para além das campanhas como a do Setembro Amarelo;
- Alguém sinalizou que: "O serviço não é onipotente. Ou ficamos no lugar de quem resolve tudo para o sujeito ou de quem não resolve nada. Entender essa linha contribui para melhor articulação conjunta. Pensar no território é também pensar em como assumir esse território".

Essas são falas muito diretas e carregadas de várias inquietudes, não há dúvida sobre isso, mas precisam ser destrinchadas, ou até engravidadas, na possível direção de conduzir a construção de outros sentidos que possam constituí-las.

Por isso, antes de argumentar, convidei os(as) participantes da roda a pensarem sobre os nossos campos de experimentações viventes e sobre o que eles se assentam, para propor uma reflexão sobre a tensão do devir mundo que se instala naquilo que nos parece ser o mundo todo e, muitas vezes, sem linhas de fuga na busca de mundos outros.

Aprofundando esse possível percurso, por parte de cada um(a) que se encontrava naquela conversação, acabei sinalizando que a pandemia, apesar de não ter gerado boa parte do que vivemos hoje, contribui para o que sentimos e expressamos. Tomei como um eixo, diante de tantos outros, a ideia de que em nossa história brasileira há uma clara divisão entre as vidas que deveriam ou não ser protegidas e inclusive defendidas pelas ações sociais em geral. Isso nos leva a experimentar, aqui no nosso país, de modo sistemático e permanente, a noção de uma certa naturalidade, de que há vidas que de fato devem valer mais que outras.

Nenhum de nós tem dúvidas de que essa seleção histórica, muito prenhe de uma visão darwinista social, precede muito a instalação da pandemia, apesar de encontrar nela um forte componente de aceleração desse processo, no caminho da construção mais efetiva de experiências necropolíticas para uma grande parte dos(as) brasileiros(as). Ao mesmo tempo, o cenário atual torna isso muito visível, explicitando a presença do valor da vida do outro para cada um que está vivenciando esse processo em geral, dando uma aparência de muita dramaticidade às experimentações que estão sendo feitas, por parte de vários coletivos sociais.

Tem ficado mais evidente, nesse contexto, a visibilidade da existência de um Estado que cria uma clara distinção de vidas imunes e vidas não imunes, no que se refere aos processos coletivamente vividos, construindo a legitimidade de se poder destruir algumas delas intencionalmente. (AGAMBEN, 2017; ESPOSITO, 2017)

Nessa direção, torna-se um desafio histórico e fundamental a forma como podemos, na construção de um futuro, aqui e agora, em plena pandemia, mudar os modos de suportar a fragilidade da vida do outro – construindo uma maior capacidade de entrelaçamento das vidas de qualquer vivente como redes vivas – ou seguirmos a mesma ordem que já habitávamos, mas, no momento, de uma maneira ainda mais perversa. Apostar na produção de "redes vivas coletivas para produção de mais vidas nas vidas vividas" (MERHY, 2016) é fundamental para instituir o devir que está sendo feito agora.

No debate que foi sendo construído a partir dessas ideias apresentadas, pareceu-me também central problematizar a centralidade da política, não como o modo predominante como a entendemos, isto é, como uma organização social formal que obedece o estatuto jurídico-institucional de lugar para se fazer a ação da política, como as instituições estatais legislativas, os partidos políticos e assim por diante, mas podendo ser compreendida sob um outro olhar, distinto e mais ampliado. Essa mudança de perspectiva se enuncia, a partir da leitura de Michel Foucault (1999, 2008a, 2008b), como um campo das experimentações coletivas nas quais se instalam estratégias e tecnologias sociais que visam à produção, à vigilância e ao controle de corpos.

E assim, esse território da produção, controle e vigilância de corpos passa a se constituir como lugar nuclear para a ação da política, na medida em que é no interior desse processo que podemos atingir uma possível desconstrução dos processos que particionam as vidas entre imunes e não imunes às regras societárias; como se algumas fossem imunes aos mecanismos de controle sobre si, e outras, objetos privilegiados dessas práticas de controle. Nessa direção, a política vai tocar a disputa fundamental da reexistência no campo de produção de outras existências não subalternizadas aos mecanismos de produção, vigilância e controle dos corpos não imunes.

Sobre a pandemia no Brasil, levando em consideração que as experiências do viver são diferenciadas e que as vidas envolvidas nesse fenômeno respondem ou não de forma efetiva aos modos de proteção, a discussão permitiu-nos aprofundar alguns questionamentos sobre as medidas "insanitárias" adotadas no país e a criação de um mecanismo de culpabilização. Esse processo exclui das discussões e reflexões o contexto dos viveres, as vidas, e as distintas possibilidades de constituí-las diante das realidades múltiplas, mas profundamente marcadas em nosso país pela desigualdade e assimetria na construção material das vidas vividas.

É por aí que se embrenha uma questão interessante sobre medidas como a da possibilidade do isolamento como forma de combater a situação pandêmica: isso fica muito evidente quando aprofundamos o questionamento de o que poderia ser considerado, de fato, uma moradia, uma casa. O sentido de "casa" deve ser problematizado, pois, para uma imensa maioria, ele está mais próximo da ideia de "um instante de acampamento". Isso acaba expondo a necessidade de evidenciarmos a desigualdade, como construímos e vivemos o que seria, aparentemente, o mundo onde estamos e como isso implica várias situações bem críticas para essa maioria, na sua precariedade material, mas não só nesse aspecto, pois há também uma "argamassa" presente, que é o modo como vivemos o que somos como coletivos, para enfrentarmos certas palavras de ordem como a que a noção de isolamento social carrega. Isso tem muitos efeitos nos modos de andar a vida e de viver a sua cotidianidade.

Puxo, junto a isso, uma noção provocativa: como, em plena pandemia da covid-19, podemos criar potências de devires de vidas outras, diante das fragilidades que a pandemia visibilizou ou, até mesmo, tomar a fragilidade como lugar de força para isso? Como é possível produzir poder a partir do frágil? De que maneira olhamos a produção desse mundo como possível abertura para mundos outros? Seria isso possível? Sem dúvida, fazendo juntos(as) para pensar juntos(as).

Nesse caminho, há uma perspectiva que funda uma ética sobre os modos de viver, que considera que a produção da vida em alguém passa pela produção da vida de outrem e que considera que a liberdade só se constitui na medida em que o outro também é livre, potencializando novos sentidos de viveres nos encontros e nas relações, pois é no *entre* que a vida do outro se expressa, ou melhor, que a vida se constitui. Trilhando para a possibilidade de compreendermos que os *divíduos* (prefiro, no lugar de *indivíduos*, pois não há quem não seja dividido) não são meros consumidores do mundo onde se instalam, e sim produtores de si e do outro, efetivos construtores dos próprios mundos que lhes parecem estranhos e externos a si mesmos.

Depois dessa nova conversação, continuamos em um diálogo com todos(as) os(as) presentes que se manifestaram através das plataformas digitais que estávamos

utilizando nesse encontro remoto. Destaco algumas pontuações dessa nova rodada de conversas:

- A necessidade de se pensar o espaço coletivamente constituído, uma vez que a pandemia nos convida a experimentar outros lugares, para além daqueles que já conhecemos e com os quais já temos experiência, ou seja, experimentar outros processos de encontros;
- Potência de vida nos encontros. Produção de novos sentidos de viver nas relações. Ninguém tira seu poder de produzir novas potências;
- Tornar a relação com o outro um lugar fundamental de produzir viver;
- O desafio de se tornar efetivamente um profissional de saúde, inclusive na sua dimensão do trabalho coletivo, já que automaticamente não o somos só por termos uma certificação que ateste isso;
- Pensar a promoção do cuidado para a juventude negra. Precisamos falar do racismo estrutural, estruturante, que se manifesta nas redes de cuidado e na institucionalidade predominante, e até sob as várias outras formas de violência com certos modos de existência;
- Necessário pensar o que é emergência em situação pandêmica;
- Não temos como, em um serviço, resolver toda a vida do sujeito. Precisamos aprender e fortalecer cada vez mais a capacidade articuladora e a construção da rede entre os serviços;
- A distância física não implica ausência. Temos sentido a potência da presença a partir de outras vias de cuidado (redes sociais, ligações, telefone sem fio…);
- Garantir a presença física o quanto for possível, sempre. Insubstituível mesmo. Fundamental;
- Precisamos pensar com urgência o “lugar” da pessoa em risco de suicídio na Rede de Atenção Psicossocial (Raps). Os Centros de Atenção Psicossocial (Caps) não vão (nem devem) dar conta do “fenômeno” do suicídio…

Não é possível atender tanta abrangência que esse conjunto de questões muito pertinentes pede, mas é possível fazer algumas sinalizações. Antes de tudo, é preciso apostar na produção incessante das vidas e em suas multiplicidades, e na sua diversidade sob qualquer forma e modo de existir. Além disso, é preciso apostar, também, que a produção do conhecimento como ferramenta para construir modos de viver é uma das dimensões centrais para a própria construção, em

especial quando superamos a dicotomia pensamento e corpo, pois não há produção de modos de viver que não passem pelos corpos sensíveis, produtores intensivos de conhecimento.

Outra pontuação que quero fazer é sobre o campo e a dimensão do cuidado, que vai além do próprio campo da saúde, mas que, nesse território específico de atuação, ocupa um lugar estratégico sob todas as outras formas de se realizar as mais variadas ações de saúde. A dimensão do cuidado é o território no qual todos os processos de ação do campo da saúde se instalam como componente de realização de um comum, nas suas diversidades, ou seja, qualquer ato no campo da saúde é, antes de tudo, um ato cuidador, para depois se desdobrar em modo específico, técnico e tecnológico de agir. Por isso, a dimensão do cuidado extrapola os campos institucionais específicos ao tomar a vida como seu elemento de constitutividade, nunca sendo só do lugar institucional e organizacional da saúde, mas vazando para mundos outros de construção dos modos de viver de qualquer vivente.

Neste instante, convido todos(as) a pensar sobre o apreender o cuidado no acontecimento da vida, verificando que as vidas consideradas precárias construíram possibilidades de cuidar e serem cuidadas, muitas vezes independentemente de instituições e organizações que se apresentem como as que carregam a intencionalidade de cuidar. O fazer comum do comunitário pode ter muito mais efetividade sobre isso do que várias tecnologias de cuidado duras e leves-dura que agem no campo da produção de ações de saúde nos dispositivos terapêuticos, como os Caps. A construção e a relevância do vínculo nos processos relacionais, lugar de ação das tecnologias de cuidado leves, (MERHY, 1997) abre a possibilidade de nos aproximarmos dos modos autênticos que o outro tem para construir seu modo de viver, ali no seu lugar coletivo de existência. Contudo, a efetivação dessa aproximação só vai ser autorizada por esse outro *divíduo*, pois ele só permitirá isso se lhe fizer sentido; caso contrário, se construirá um encontro manejado e burocratizado.

Essa construção de sentido no encontro é micropolítica e ética, antes de tudo, e só se constitui, de fato, em processos simétricos que não constituam desigualdades e poderes sobre o outro, mas que se alimentem da diversidade dos modos de viver.

Referências

AGAMBEN, G. *Homo Sacer*: o poder soberano e a vida nua I. Belo Horizonte: UFMG, 2007.

AGAMBEN, G. *Estado de exceção*. São Paulo: Boitempo, 2004.

AGAMBEN, G. *O uso dos corpos*. São Paulo: Boitempo, 2017.

ESPOSITO, R. *Bios*: biopolítica e filosofia. Belo Horizonte: UFMG, 2017.

ESPOSITO, R. *Termos da política*: comunidade, imunidade, biopolítica. Curitiba: Ed. UFPR, 2017.

FOUCAULT, M. *Em defesa da sociedade*. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

FOUCAULT, M. *O nascimento da biopolítica*. São Paulo: Martins Fontes, 2008a.

FOUCAULT, M. *Segurança, território, população*. São Paulo: Martins Fontes, 2008b.

MERHY, E. Redes Vivas: multiplicidades girando as existências, sinais da rua. Implicações para a produção do cuidado e a produção do conhecimento em saúde. *In*: MERHY, E. *et al.* (org.). *Avaliação compartilhada do cuidado em saúde*: surpreendendo o instituído nas redes. Rio de Janeiro: Hexis, 2016. p. 31-42.

MERHY, E. *Agir em saúde*. São Paulo: Hucitec, 1997.

PERPLEXIDADES DE UM SANITARISTA EM PLENA PANDEMIA

GASTÃO WAGNER DE SOUSA CAMPOS

Junho de 2021

Até este momento, sobrevivi à pandemia. Uma façanha, considerando o grau de vulnerabilidade em que vivo: minha idade, a profissão de sanitarista e a amplitude do círculo social ao qual estou obrigado e com o qual desejo conviver. Não obstante essa vitória, tenho vivenciado a pandemia do coronavírus com uma sensação de espanto e constrangido a realizar sucessivas "voltas por cima".

A dinâmica pandêmica sacudiu convicções científicas e sanitárias arraigadas. Quem não se surpreendeu, em várias ocasiões, com o que vem ocorrendo ao longo desse ano e meio de epidemia?

Para tornar o isolamento suportável, vamos inventando estratagemas para driblar os protocolos rígidos e prolongados. Adotei o hábito de caminhar pelas ruas, sempre com máscara e, algumas vezes, em companhia de alguém também com máscara e vacinado. Em um destes longos passeios, meu mestre, professor e amigo, Nelson Rodrigues dos Santos, o conhecido Nelsão, disse uma frase, em aparência simples, mas que me tocou profundamente: "A pandemia estremeceu todas nossas relações sociais, políticas, culturais e morais". Encantei-me com o verbo, transformado em conceito, "estremecer". A pandemia sacudiu, chocalhou e, portanto, desestabilizou nosso modo de viver a vida. Pareceu-me que a palavra-conceito "estremecer" me ajudou a melhor compreender o processo pandêmico. Antes, acompanhava atentamente a polêmica corrente entre sábios analistas. Alguns até inventaram um novo destino para a humanidade: haveria um "novo normal" pós-pandemia. Mudança

radical de hábitos, das estruturas de mercado e de dominação. Outros afirmam que nada mudou nem mudará: relações econômicas, sociais e políticas haveriam se alterado em aparência, mas, na essência, continuamos e continuaremos presos aos velhos dilemas, às velhas determinações estruturais e, em decorrência, ao mesmo regime de desigualdade, racismo, machismo e exploração.

Pois bem, pensar no efeito do "estremecer" nos obriga a um pensamento complexo. Buscar os efeitos singulares deste estremecimento global em cada instituição, em cada região, nas relações de gênero, de preconceito racial e naquelas afetivas em todas suas dimensões. Algumas pessoas são mais resistentes, outras menos. Algumas instituições logram reduzir os danos do maremoto pandêmico, outras não. Algumas sociedades priorizam a solidariedade, a disciplina, o cuidado; outras apostam no darwinismo social – que os fracos pereçam!

Armado com essa obrigação de examinar com cuidado os múltiplos processos desencadeados pela epidemia do coronavírus, tenho me atentado, com maior prudência, à dialética destas relações, refletido sobre os distintos efeitos em diferentes situações. Examinar não somente os resultados, os danos, mortes, hospitalização, sequelas, interrupção do trabalho, ampliação da desigualdade, mas procurar esclarecer os processos envolvidos com a produção destas agressões. Perguntar-se sobre como tudo isso está sendo produzido. Buscar fatores influentes: ação ou omissão individual, grupal, institucional e societária; tentar visualizar a gênese da tragédia que estamos vivenciando.

Sendo sanitarista – supostamente um especialista em problemas de saúde e em intervenções coletivas –, a trajetória deste cataclisma global tem me desconcertado ainda mais do que ao senso comum.

Vivo espantado!

Tardo em reconhecer que os fenômenos observados durante a pandemia são ambíguos e produzem efeitos em mais de uma direção, em mais de um sentido.

Vejamos o caso do Sistema Único de Saúde (SUS). Por um lado, a pandemia retirou o SUS da invisibilidade na qual a classe média, a mídia e os formadores de opinião o haviam colocado ao longo dos últimos trinta anos. Passados todos estes meses de pandemia, sem sombra de dúvida, o valor e a necessidade do SUS para enfrentar a epidemia, mas também para cuidar da saúde da população, ganhou mais visibilidade. Parcelas dos intelectuais, de vários matizes políticos e ideológicos, passaram a reconhecer que o Brasil precisa do SUS. Noticiários populares fazem homenagem ao SUS e a seus trabalhadores.

Ao mesmo tempo, tanto a dureza com que o coronavírus ataca às pessoas quanto a desorganização produzida no funcionamento do sistema revelaram as debilidades e fragilidades em nossa rede de cuidado à saúde.

Um destes eventos paradoxais, e que mais me marcou, foi o desmoronamento da atenção primária frente o ataque desta doença viral. Me recordou uma passagem do Antigo Testamento em que, ante o som das trombetas entoadas por Josué, ocorre a queda das muralhas de Jericó. No nosso caso, quem soprava as trombetas eram o vírus e seus aliados, os ainda senhores do governo federal. Dados levantados recentemente evidenciam uma queda de quase 50% em consultas médicas e em outros procedimentos realizados na atenção primária, quando se compara o produzido em 2020, primeiro ano da pandemia, com os anos de 2019, 2018 e 2017. Houve municípios e equipes, infelizmente exceção à maioria, que resistiram a essa paralisia. Na prática, houve uma desorientação generalizada, resultando na redução do cuidado antes dispensado aos portadores de agravos crônicos, crianças e gestantes, sem que, todavia, houvessem sido construídos novos arranjos para diagnóstico precoce, rastreamento e isolamento de suspeitos de infecção e comunicantes de coronavírus.

Ainda em março/abril de 2020, no início da pandemia, vários sanitaristas, eu entre eles, publicamos artigos científicos e textos de divulgação que atribuíam um papel essencial à APS no controle da epidemia de coronavírus. A Organização Mundial de Saúde e, no Brasil, o Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (Conass) haviam publicado manuais que listavam medidas para a reorganização do processo de trabalho nas unidades básicas de saúde, objetivando o enfrentamento daquele novo fenômeno sanitário.

Infelizmente – adianta pouco lamentar, eu sei –, não se logrou armar apoio e suporte nacional para que a rede de APS conseguisse controlar a transmissão do vírus durante e depois do abrandamento das medidas de isolamento social.

Por que isso aconteceu?

Eu e outros muitos dos sanitaristas, de equipes da saúde da família, acreditávamos que a APS lograria recompor-se ao novo contexto pandêmico.

Sem dúvida, essa debilidade da APS deveu-se a fatores internos, financiamento insuficiente, estrutura precária – grande parte das equipes sequer tinham acesso regular à equipamentos de proteção –, mas, com certeza, foi também decorrente da precária coordenação do SUS.

Esse foi outro acontecimento, a descoordenação, que surpreendeu grande parte dos ativistas do movimento sanitário. Muitos acreditavam que, apesar do negacionismo e da sistemática oposição do presidente da república, Jair Bolsonaro, a todas as medidas voltadas para o controle da epidemia, governadores, prefeitos, o Conass, o Conasems, o Conselho Nacional de Saúde e a rede de conselhos do SUS conseguiriam estabelecer mecanismos de cogestão que compensassem o descaso e a desconstrução imposta pela presidência da república e pelo Ministério da Saúde.

Bem, isso não aconteceu. Outra surpresa negativa. Desvelava-se outra debilidade do SUS: o grau de integração e a capacidade de governo do SUS eram precárias.

Em um mês, Jair Bolsonaro conseguiu paralisar o Ministério da Saúde sem se ver obrigado a revogar qualquer lei orgânica ou norma de regulação do SUS. Especialistas em vigilância em saúde, em vacinas e em atenção primária foram substituídos por militares com outra expertise e, ainda, por indicações de aventureiros oriundos dos grupos partidários e clientelistas.

De fato, constatou-se, e somente não enxerga aqueles cegos pela ideologia, a oposição sistemática do presidente da república a toda a série de medidas recomendadas para o controle da epidemia. Fizeram campanha e se opuseram ao antigo recurso da quarentena, ao isolamento social, ao estabelecimento de bloqueios e barreiras territoriais entre cidades, estados e países. Boicotaram, inclusive, a suspensão temporária de toda atividade econômica que não fosse essencial.

Evidentemente, a implementação desse tipo de medida, o chamado *lockdown*, para ser eficaz, dependia do envolvimento de instituições para além dos sistemas de saúde. Somente o Estado, com a participação ativa do poder executivo, legislativo e judiciário, e com um grau importante de consenso na sociedade, teria capacidade para a articulação de ações radicais de controle. Fazer valer as leis existentes e os órgãos de controle e de vigilância, sobretudo a imperiosa necessidade de eficiente comunicação social, são medidas fundamentais para o sucesso na redução drástica da circulação do vírus.

Apostava-se que o fechamento radical da circulação de pessoas reduziria rapidamente a transmissão do vírus e reduziria, em decorrência, casos graves e óbitos. Além do obstáculo político imposto pelo negacionismo do governo federal e de seus apoiadores políticos, emergiu, com espantosa clareza, a situação de imensa desigualdade na população brasileira. Apesar do grande volume de investigações sobre a desigualdade no Brasil, as forças conservadoras vinham conseguindo impedir que esse tema ganhasse projeção e se transformasse em prioridade para a maioria dos políticos e movimentos sociais. Pois bem, a redução da atividade econômica, o crescimento do desemprego e o desaparecimento de grande parte das possibilidades de trabalho autônomo precisariam ser compensadas com ambiciosos programas públicos de proteção social. Sob pressão da opinião pública, da mídia e do Congresso, aprovou-se o auxílio emergencial e subsídios aos médios e pequenos empresários. A maneira descontínua e tardia com que foram executados aumentou o caldo social de resistência ao *lockdown* e a outras formas de redução de circulação de pessoas. Ao invés de mediar esse conflito, o presidente, seus porta-vozes e parcela importante de empresários armaram um movimento contra as medidas de isolamento,

apoiando-se, como pretexto para seu descaso social, em alguns fármacos de eficácia inexistente. A famigerada imunidade de rebanho cuidaria do fim da epidemia.

O resultado é o genocídio, meio milhão de mortes, a maioria evitável e, portanto, desnecessária.

Na agonia, eu acordava e dormia me sentindo obrigado a utilizar meus conhecimentos e experiência sanitária para combater a pandemia. Queria me fixar ao SUS em tempo integral. Juntar-me aos epidemiologistas e demais analistas para pensar estratégias, programas e intervenções para mitigar aquele ataque à humanidade e, particularmente, aos povos mais vulneráveis.

Insone e intranquilo, dei-me conta, ainda nas primeiras semanas do espalhamento do vírus, de que eu estava fora da gestão. Não participava e não fui convidado para nenhuma das várias equipes convocadas para compreender e realizar o controle e prevenção da epidemia.

Ao longo de minha vida profissional, ainda que vinculado à universidade, sempre tivera uma participação importante na gestão do SUS, de maneira direta ou indireta — apoio, assessoria, consultoria — ajudara a construir nossas políticas nacionais de atenção primária, de saúde mental e de vigilância em saúde, em âmbito nacional ou local.

Pois bem, durante os primeiros meses de 2020, eu estava sem essas conexões. Havia me convertido em um professor e pesquisador que investigava, refletia e sugeria estratégias para fortalecimento do SUS sem qualquer contato direto com a estrutura de gestão. Eu não participava e não fui também convocado para integrar nenhum conselho, comitê, grupo de trabalho ou qualquer outra instância do SUS.

Depois de muito matutar sobre meu isolamento, identifiquei dois fatores, ou determinações, que me obrigaram a exercer a função de um sanitarista teórico, me converter em um conselheiro não oficial, em um influenciador — conforme nomeia o mundo da internet os nossos sofistas do terceiro milênio.

O primeiro desses fatores era originário do contexto, com algum grau de exterioridade à minha vontade, mas, evidentemente, para o qual minha postura e comportamento, com certeza, contribuíram bastante. Afinal, penso a vida sempre como uma coprodução resultante daquilo que nós, seres humanos, fazemos com os determinantes estruturais e sociais que nos condicionam. Sendo uma coprodução sempre, os sujeitos nunca seremos completamente esmagados e reduzidos à inação. Quando ocorreu a submissão absoluta, sempre houve importante grau de servidão voluntária. Ganhos secundários com a perda de liberdade e mesmo com a opressão.

Bem, vamos ao contexto: os desdobramentos políticos no Brasil, anteriores à pandemia, haviam me empurrado para a oposição. Eu estava desconforme, dissidente do *status quo*. Opunha-me ao governo federal, tanto o de Temer como o de

Bolsonaro; estava contra o poder no estado de São Paulo e tampouco era simpático às autoridades governamentais e sanitárias da cidade onde vivo, Campinas/SP. Sequer era visto com bons olhos pelo poder constituído na Universidade de Campinas, onde trabalho.

Outro elemento que a pandemia desvelou, ainda que já soubéssemos sobre ele antes: a Saúde Pública e a Vigilância em Saúde, em particular, são umbilicalmente dependentes do Estado. Sempre soubemos sobre essa característica, a diferença foi que antes me pareceu proveitoso colaborar para a implementação das políticas e programas do SUS com todos os governos que haviam estado de plantão. Repetíamos que o SUS é uma instituição da nação e não de tal ou qual agrupamento político ou partidário.

Bem, algo não mais funcionava no modo como estávamos acostumados. Não me senti inclinado a colaborar com aquilo que a sociedade brasileira havia levado ao poder, por meio de golpe, mas, também pelo voto.

Percebi que esse desafeto era mútuo: quando eclodiu a pandemia, constatei que os poderosos não me queriam nem para assessor eventual. Ao revés, me incluíam na lista daqueles a serem silenciados.

Vamos ao segundo fator, aquele de ordem pessoal, mas influente no processo de coprodução. Examinando com cuidado minha trajetória, percebi que havia alguns anos, desde 2005, que, gradualmente, vinha me afastando do convívio direto com dirigentes da estrutura de poder do SUS. Recusei vários convites para assessoria, cargos de gestão ou mesmo de apoio. Ainda que sem planejamento, de forma assistemática, escolhia o lugar de um ativista voltado para a relação com trabalhadores, estudantes e setores da sociedade empenhados na defesa do direito à saúde, da vida e do SUS, em particular.

Fui presidente da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco) entre 2015 e 2018. Durante aqueles anos, nos orientamos por defender o SUS, mantendo importante coeficiente de autonomia em relação ao poder constituído e aos governantes em geral, mesmo quando vários entre eles contassem com minha simpatia e, eventualmente, até com meu voto. Nosso lema era "a esperança somos nós", ou seja, o centro de nosso esforço estava voltado para ampliar o poder da sociedade civil. De qualquer modo, eu me sentia envolvido e influenciando na vida política, social e institucional do Brasil.

Quando terminou meu mandato, cansado de tanto ativismo decorrente de minha função de presidente, resolvi fazer um desvio de rota e mergulhar na produção intelectual. Buscando condições para maior recolhimento, requeri oito meses de licença-prêmio na Unicamp. Durante esse período, produzimos um livro coletivo denominado *Nas entranhas da Atenção Primária*. Esta obra será lançada em breve e

reflete, como indicado no título, como nós, professores e estudantes, convivemos com a base da pirâmide profissional e social do SUS ao longo de um processo de formação em gestão democrática e clínica ampliada e compartilhada. Nas entranhas do mundo desigual e autoritário dos subúrbios, foi muito forte.

Dispensado das obrigações com cursos de graduação, aproveitei ainda o tempo "livre" para terminar um romance que farejava há tempos. O título ainda está entre *Grande subúrbio* ou *Os convertidos*, e narra a história de dois personagens polares: a transformação de uma jovem de classe média abastada em uma médica de família dedicada de corpo e alma à defesa da vida e alguns "caminhos cruzados" com um jovem negro que vai se convertendo em empresário, ainda que nascido e criado no subúrbio, com mãe e pai militantes do movimento negro e fundadores do PT. Literatura pura, mas parte de meu esforço para compreender nossos vários Brasis.

Em março de 2020, estava de volta às minhas aulas, seminários, supervisão docente na atenção primária, pós-graduação etc. De repente, vem a pandemia. A Unicamp reduz drasticamente atividades presenciais. Passamos às conferências *on-line*.

Com a progressão geométrica de novos casos, de internações e de óbitos, eu acordava e dormia me sentindo obrigado a utilizar meus conhecimentos e experiência profissional para combater a praga que assolava a humanidade.

Agoniado e culpado, resolvi me meter com a clínica. Tentei me encaixar em alguma equipe de alguma unidade básica de saúde. Não foi possível. Tentei me meter nos serviços de urgência, na triagem de pacientes com sintomas gripais. Recusaram minha oferta, eu tinha mais de sessenta anos. Sessenta e oito, na verdade. Familiares, amigos, gente boa com quem falei, todos foram unânimes em me desencorajar. Aqueles mais francos, diziam na lata: "Você pirou! Tenha calma e controle seu excesso de culpa".

Consegui controlar somente quando reconheci o valor de uso, a utilidade do meu trabalho como intelectual orgânico, como professor, como parte do movimento sanitário. Consegui respirar somente quando grupos, pessoas e equipes me buscaram para trabalharmos, à distância, temas sobre como resistir e como fortalecer o SUS e a democracia.

Entre esses salvadores, estiveram professores da Universidade Federal da Bahia (UFBA), Mônica e Marcelo, o pessoal do LEV,[1] que, inclusive, conseguiram me comprometer com a escrita e divulgação deste texto.

Obrigado!

---

1 Laboratório de Estudo sobre Vínculo e Saúde Mental (LEV) que propôs o Programa Emergencial de Extensão Pensar junto, Fazer com: saúde mental em tempo de covid-19. Mediação da roda de conversa sobre Matriciamento em tempos de covid-19", em 19/06/2020, e convidado especial para finalização do Programa, em 2 de dezembro de 2020, na 15ª roda, com o título: "Pensar Junto Fazer com em redes de saúde mental: práticas (re)inventadas em tempos de covid-19".

CUIDADO COMPROMETIDO COM A MINHA VIDA E COM A TUA

sobre a construção coletiva da saúde mental na atenção básica e suas implicações durante a pandemia de covid-19

ANA CAROLINA MEDRADO • MÔNICA LIMA

Folha, mas viva na árvore,
fazendo parte do verde.
Não a folha solta,
bailando no vento
a canção da agonia.
Grão de areia, quase nada,
Inútil quando sozinho.
Mas que é terra,
a terra,
quando é grão
fazendo parte do chão,
esta coisa firme
por onde o homem caminha.
(MELLO, 1980, p. 13)

Tomamos de empréstimo a poesia de Thiago de Mello para começar este texto porque Thiago nos lembra, em seu livro *Poesia comprometida com a minha vida e com a tua*, que inspira o título do capítulo, que mesmo para fazer poesia é preciso o compromisso com a vida, um compromisso que é político e coletivo. Thiago escreveu o livro afetado por tragédias humanitárias as quais acompanhou à época: as ditaduras

no Brasil e no Chile, onde se exilou, e a Guerra do Vietnã. Por isso, acreditamos que sua poesia fala de nossas dores em tempos pandêmicos e de bolsonarismo.[1] Ele nos convida a esperançar, esperançar ainda mais em tais momentos:

> Escrevo esta canção porque é preciso.
> Se não a escrevo, falho com o pacto
> que tenho abertamente com a vida.
> E é preciso fazer alguma coisa
> para ajudar o homem.
> Mas agora.
> Cada vez mais sozinho e mais feroz,
> a ternura extraviada de si mesma,
> o homem está perdido em seu caminho.
> É preciso fazer alguma coisa
> para ajudá-lo. Ainda é tempo.
> É tempo.
> Apesar do próprio homem, ainda é tempo. (MELLO, 1980, p. 3).

Inspiradas por Thiago de Mello, pensamos que é preciso escrever, que é preciso fazer alguma coisa, que é preciso cantar as folhas que compõem a árvore, os grãos de areia que firmam a terra. Ainda é tempo.

Um cuidado de todos nós, a primeira e profunda pessoa do plural

> *[...]*
> *Não, não tenho o sol escondido*
> *no meu bolso de palavras.*
> *Sou simplesmente um homem*
> *para quem já a primeira*
> *e desolada pessoa*
> *do singular – foi deixando,*
> *devagar, sofridamente,*
> *de ser, para transformar-se*
> *– muito mais sofridamente –*
> *na primeira e profunda pessoa do plural.*
> (MELLO, 1980, p. 11-12)

1 Consideramos a discussão de Maria Sousa de Araújo e Alba Maria de Carvalho (2021, p. 146) sobre o bolsonarismo "como expressão do autoritarismo no Brasil do presente, constituído a partir da convergência do reacionarismo político-cultural, militarismo e ultraliberalismo" e como "uma expressão contemporânea do autoritarismo no Brasil, constituindo um dilema analítico e um desafio político".

O desafio de pensar o cuidado em saúde mental na Atenção Básica (AB) como tecido coletivamente foi uma empreitada à qual nos lançamos de mãos dadas na tese (em desenvolvimento) da primeira autora deste texto, sob orientação da segunda autora, no Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal da Bahia (PPGPSI-UFBA).[2] Para discorrer sobre isso, em nosso bolso de palavras levamos tanto a poesia, a música e a literatura, mas, principalmente, a psicologia social construcionista, o feminismo interseccional, a saúde coletiva e a teoria do *care*, mais especificamente as discussões sobre cuidado democrático. Assim, é um desafio transitar entre as fronteiras disciplinares, que ocorre ora por aproximações, ora por recuos, por vezes com concordâncias, por outras com críticas e refutações e, sobretudo, preenchido por dúvidas e inquietações.

Nesse trilhar, um eixo comum às diferentes teorias e disciplinas adotadas é justamente pensar a coletividade e seus marcadores sociais como gênero, raça e classe social nas produções sociais. No caso do trabalho de tese em questão, a produção que entra em análise é o cuidado em saúde, procurando aliar as discussões sobre cuidado na teoria do *care* àquelas sobre o cuidado no campo da saúde coletiva.

Nesse sentido, temos refletido não somente que a produção do cuidado em saúde ocorre de maneira conjunta – as folhas que compõem a árvore, os grãos que assentam a terra –, mas igualmente sobre a compreensão daquilo que nos parece mais pessoal, a escolha das trajetórias profissionais, como construídas coletivamente.

Em diálogo, sobretudo, com Joan Tronto (2007), nos debruçamos sobre a dimensão política do cuidado de maneira a refutar tanto a soberania do discurso meritocrático em torno das trajetórias profissionais, quanto o escamoteamento da cadeia de cuidado que nos permite ser quem nós somos. Tronto (2007) defende que é preciso delinear um cuidado democrático e que, dessa maneira, é possível corrigir as disparidades sociais. Mais que isso, a autora assevera que não há pessoa que prescinda de cuidado, todas(os) fizeram/fazem/farão uso do cuidado em alguma etapa da vida, inseridos aqui os cuidados domésticos que envolvem lavar, cozinhar, limpar a casa. Contudo, a maneira como o cuidado é distribuído e executado se dá de maneira desigual, sobremaneira no que concerne à raça, classe social e gênero. Aquelas(es) que dispõem de mais recursos materiais e de mais poder podem comprar tais cuidados, ao passo que os cuidados que são executados por mulheres pobres e negras são os mais desvalorizados em nossa sociedade. Nessa tônica, não serão respostas individuais que solucionarão as desigualdades que se expressam através do cuidado e que mantêm, inclusive, os abismos na construção da trajetória

2 Este projeto de pesquisa é auxiliado pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes), por meio de bolsa de doutorado.

profissional, posto que aquelas(es) que possuem recursos materiais e maior poder têm suas necessidades de cuidado supridas por outrem, de menor recursos e poder, e dispõe de mais tempo e energia para "investir em si mesmas/os e na própria carreira". Almejamos respostas políticas.

Em que pese as ideias de Tronto (2007) terem sido produzidas no contexto estadunidense e, não necessariamente, enfocando o cuidado em saúde, podemos construir uma afinidade entre sua proposta de cuidado democrático com os ideais de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS). Contudo, na medida em que o SUS se propõe democrático, como disposto no artigo 2º da Lei nº 8.080/90: "Art. 2º A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício", bem como em seus princípios e diretrizes, ao advogar pela universalidade de acesso, integralidade da assistência, igualdade da assistência, participação da comunidade etc. (BRASIL, 1990) O SUS não escapa às disparidades basilares da sociedade brasileira, seja no que tange às(aos) usuárias(os) em seu acesso ao sistema ou no que se refere às(aos) suas(eus) trabalhadoras(es).

É possível obter um retrato de tais diferenças destacando o perfil das(os) agentes comunitários de saúde (ACS). Em pesquisa de Paloma Simas e Isabela Pinto (2017), na região Nordeste, das(os) 535 ACS participantes de um total de 107 unidades básicas de saúde, 76,5% eram mulheres, 66,2% reconheciam-se como de cor parda e 69,7% tinham renda de um a um e meio salário-mínimo. Já em investigação em Florianópolis (SC), conduzida por Mônica Lino e colaboradores (2012), foi possível contar com a participação de 95,33% das(os) ACS, sendo 95,11% mulheres, 60% com renda familiar per capita de um a três salários mínimos e 81,28% de pessoas brancas (o que condiz com a raça/cor da maioria da população da cidade). Juliana Musse e outros (2015) pesquisaram o perfil das(os) ACS de Campina Grande (PB), com adesão de 54%, sendo 85,2% mulheres e a média da renda per capita inferior ao salário mínimo. Não foram coletados dados sobre raça/cor. Dessa maneira, um(a) dos(as) profissionais com carga de trabalho e responsabilidades significativas, que muitas vezes trabalha além do horário oficial, recebe salário incompatível com sua função, o que é destacado por Mônica Nunes e colaboradores (2002) ao comparar o salário mínimo das(os) ACS ao salário dos(as) médicos(as) (de 3 mil a 5 mil reais, na época) e das(os) enfermeiras(os) (1,2 mil a 2,5 mil reais). Quiçá, na equipe do SUS, sejam as ACS aquelas que melhor representam de que maneira as responsabilidades de cuidado estão mal distribuídas em termos de raça, classe e gênero, e como se relacionam com a manutenção de tais desigualdades. Um cuidado que seja realmente de todas(os) para com todas(os) carece de rever a divisão de tais responsabilidades entre o Estado e demais membros da sociedade, bem como sua devida

valorização. Contudo, ao analisar essas disparidades que corroem o SUS, fica explícito que não é apenas a participação do Estado que garantirá uma distribuição do cuidado mais igualitária e justa.

Por outro lado, além do papel de cuidadoras, as ACS são também cuidadas pelo SUS, como todo(a) cidadão(ã) brasileiro(a). Todavia, apesar de oferecer acesso universal, o perfil daquelas(es) que mais acessam (e necessitam) do cuidado em saúde oferecido pelo SUS é condizente com o perfil de tais trabalhadoras: a maioria é mulher, 50,5% se autodeclaram pardas(os) e com renda em torno de R$ 1.277 a R$ 1.865, conforme estudo de Ione Guibu e outros (2017). Entretanto, os resultados da pesquisa de tese têm revelado que, ao ocuparem o duplo lugar de cuidadas e cuidadoras, acrescidas das funções de cuidado do próprio lar e família, as atribuições como cuidadoras têm sido fonte de sofrimento/adoecimento mental, muitas vezes passando despercebido pela atenção que o SUS tem lhes oferecido. Isso exemplifica como essa equação do cuidado desafia os limites entre pessoal e coletivo, público e privado, bem como não serão respostas disciplinares e disciplinadas que darão conta de solucionar o problema. Em busca de respostas, tão importante quanto inserir o cuidado na pauta política é discutir por quem e como a política tem sido construída e quais têm sido as prioridades na destinação das verbas públicas.

Como nos diz Thiago de Mello em nossa epígrafe, o caminho para alcançar o nós é árduo, mas muito mais profundo. Nessa lida, a análise de algumas intervenções da AB em suas articulações micropolíticas tem trazido bons auspícios. Aqui queremos destacar parte dos resultados do trabalho de tese sobre dois grupos compostos por trabalhadoras da AB como ações de promoção de saúde mental dirigidas às mulheres, entre elas as ACS. Identificaremos as atividades como Grupo A e Grupo B.

O Grupo A era conduzido por duas profissionais brancas, Isadora e Tereza, ocorria duas vezes por mês no espaço da Unidade de Saúde da Família (USF) e atendia usuárias de diversas faixas etárias, em sua maioria mulheres negras. O Grupo B ocorria semanalmente, era facilitado por uma profissional negra, Fabiana, mas contava ainda com a facilitação de outras duas mulheres negras vinculadas a um espaço comunitário onde acontecia a intervenção. O Grupo B era constituído apenas de mulheres negras, entre elas usuárias do SUS e trabalhadoras da USF do território, muitas delas eram ACS.

Os grupos em questão, segundo suas próprias facilitadoras, não se restringiam às atividades de promoção da saúde, mas, afim ao próprio compromisso da AB, realizavam ações de prevenção de doenças e de tratamento/recuperação da saúde. É válido salientar também que os grupos representavam apenas uma das estratégias

de cuidado entre tantas outras desenvolvidas pela equipe do Núcleo de Apoio da Saúde da Família (Nasf), ao qual as três profissionais se vinculavam à época da produção das informações da pesquisa. Sintetizaremos os dois grupos ressaltando as ações que se aproximam da promoção da saúde mental por entender que se relacionam mais com a produção coletiva do cuidado que visamos explicitar aqui. Além disso, tal discussão se articula significativamente com as preocupações expressas nas rodas de conversas com profissionais de saúde da AB e da atenção especializada em saúde mental, do Programa Emergencial Pensar junto/Fazer com: saúde mental em tempos de covid-19, coordenado em 2020, de abril a dezembro, pela segunda autora deste capítulo.

Nesta análise, assumimos uma interpretação mais progressista sobre a promoção da saúde, tal qual a definição de Paulo Buss (2003) que entende a promoção da saúde como:

> [...] 'combinação de estratégias' que envolvem a ação do *Estado* (políticas públicas saudáveis), da *comunidade* (reforço da ação comunitária), de *indivíduos* (desenvolvimento de habilidades pessoais), do *sistema de saúde* (reorientação do sistema de saúde) e de *parcerias interinstitucionais*, trabalhando com a noção de responsabilização múltipla, seja pelos problemas, seja pelas soluções propostas para os mesmos. (BUSS, 2003, p. 16, grifo nosso)

Assim, tal conceituação de promoção da saúde vai na direção do cuidado que queremos discutir nesse texto, saindo de uma perspectiva centrada no indivíduo para uma perspectiva coletivista que envolve responsabilidade estatal, mas também comunitária, intersetorial/interinstitucional e pessoal. Por essa ótica, é possível falar em autonomia das pessoas na construção da própria saúde, compreendendo que as decisões pessoais são alicerçadas por meio de uma rede de relações que podem tornar as escolhas mais livres ou mais restritas. (CAMPOS; BARROS; CASTRO, 2004) Nessa aproximação das atividades grupais destinadas às mulheres ao ideal de promoção da saúde, tem sido o entendimento de Tereza, profissional que facilitava o Grupo A: o lugar do sofrimento feminino, inerente à vida, como passível de intervenção em saúde. Nesse sentido, os rótulos psicodiagnósticos são eclipsados ou colocados entre parênteses – como propõe Franco Basaglia – para que possa aparecer a pessoa, muito mais complexa que qualquer adjetivação estigmatizante. Essa compreensão sobre o sofrimento como objeto de intervenção do cuidado converge justamente com o ideário de promoção da saúde:

> […] a promoção da saúde avança, incorporando o mal-estar como percepção subjetiva, relacionada ou não com a enfermidade, e a saúde como fato positivo, tanto na sua dimensão subjetiva – bem-estar – quanto objetiva – aos objetos do planejamento/intervenção. (BUSS, 2003, p. 34)

Ademais, outra afinidade com a promoção da saúde surge quando enfocamos as demandas dos grupos e suas formas de organização. Nenhum deles era composto em torno de algum transtorno mental e suas demandas se relacionavam a fatores psicossociais (desemprego, racismo, machismo, pobreza etc.) que extrapolavam a esfera da saúde, demandando ações interinstitucionais/intersetoriais.

Em vista disso, em entrevista, Tereza destaca um componente basilar das ações de promoção da saúde: a intersetorialidade. A promoção da saúde parte do princípio de que saúde é muito mais que ausência de doença, seu ideal requer sempre um trilhar contínuo na busca por um nível cada vez melhor de qualidade de vida. Essa visão ampliada da saúde incorpora vários elementos como justiça, alimentação, paz, moradia, trabalho, lazer etc. Sendo assim, os serviços de saúde não são suficientes, é preciso estabelecer diálogo com diversos setores, construir pontes e compartilhar saberes e responsabilidades. (BUSS, 2003; CAMPOS; BARROS; CASTRO, 2004) Tal compromisso, no entanto, não pode ser assumido apenas pelas(os) profissionais. Como indica Tereza em nossa entrevista, há um entrave e uma insuficiência do serviço público e das políticas, muitas vezes intransponíveis pela simples vontade do(a) trabalhador(a). Isso reafirma que a promoção da saúde demanda projetos políticos envolvendo as três esferas de governo: municipal, estadual e federal. O que implica o desenho de políticas públicas saudáveis, que envolvam uma pactuação de todas as políticas públicas, inclusive das políticas econômicas, com a saúde da população. (BUSS, 2003) Na direção do diálogo intersetorial, o Grupo B tinha como característica inúmeras parcerias que estabeleciam com pessoas que atuavam academicamente, porém sempre empenhadas em não tornar a ação demasiadamente academicista. Outro predicado marcante desse grupo, em intersecção com a promoção da saúde, é sua inserção comunitária. Toda a construção do grupo foi sendo desenhada em interlocução com uma organização de mulheres da comunidade, o grupo acontecia no espaço da organização e contava com mediação de duas mulheres integrantes dela.

O protagonismo da comunidade em relação à construção do cuidado em saúde no grupo foi um processo iniciado por Fabiana, facilitadora do Grupo B. Durante a entrevista, ela deixou evidente que a centralidade da facilitação grupal em torno

dela era algo que a deixava desconfortável e que, aos poucos, foi sendo assumida por outras mulheres e por parcerias externas. Outra dimensão criativa dessa atividade, que não pode passar despercebida, é que era uma ação de autocuidado entre pares de trabalhadoras, eram profissionais empáticas aos próprios sofrimentos, que dividiam o espaço de trabalho e que construíram para si mesmas um reduto de cura, na acepção de Vládia Jucá (2010), que compreende cura em uma aliança com o cuidado e na direção da ampliação de possibilidades existenciais e da mitigação do sofrimento. Eram trabalhadoras/usuárias do SUS e, por partilharem suas dores, angústias, medos e, mais ainda, suas forças, potências e saberes no grupo, lapidavam a horizontalidade do cuidado.

Ademais, o Grupo B representava um espaço de confiança onde era possível desenhar outros caminhos para o ingresso no SUS, o que é deveras importante no caso das mulheres negras que, de acordo com Emanuelle Goes e Enilda do Nascimento (2013), têm seu acesso à saúde e processos de adoecimento marcados pela interação entre racismo e sexismo. Isso reafirma a relevância da atuação das pessoas desse grupo, mulheres negras, que refletiam as características da comunidade onde o grupo se inseria, maioria negra. É difícil, inclusive, estabelecer essas fronteiras fora/dentro, externo/interno, serviço/comunidade em um grupo composto por ACS e lideranças comunitárias que se inscreviam ao mesmo tempo como usuárias, trabalhadoras de saúde (no caso das ACS) e facilitadoras do grupo.

Experiência semelhante, de responsabilidade comunitária, pôde ser apreendida no Grupo A, acompanhado pela primeira autora do capítulo durante alguns encontros. Era comum que as mulheres levassem amigas, familiares e conhecidas para participar da atividade, entendendo que as demandas de tais mulheres poderiam ser acolhidas no espaço e reiterando o valor que o grupo tinha em suas vidas. Ainda foi possível perceber as mulheres pedindo ajuda às facilitadoras para a resolução de alguns casos da comunidade. Assim, mesmo que não fosse de maneira intencional, o vínculo estabelecido entre as trabalhadoras de saúde e as mulheres que atendiam, aos poucos, foi construindo uma rede de cuidado entre mulheres, uma rede que se estendia para além das profissionais de saúde, assentada em solidariedade e ajuda mútua.

Dessa maneira, mais do que o cuidado dirigido às mulheres integrantes dos grupos, ambas as ações frutificavam em um empoderamento comunitário, (BUSS, 2003) na medida em que ao cuidar, informar e fortalecer espaços de compartilhamentos sobre saúde às usuárias, reverberavam para fora desse contexto, atingindo suas famílias e, quiçá, o restante da comunidade. A escolha por uma ferramenta que não individualiza o cuidado, mas por uma modalidade grupal de cuidado na atenção básica coloca em cruzamento pessoa e comunidade, já que estão reunidas

pessoas que habitam o mesmo território. Destarte, os grupos em questão elencavam estratégias que fortaleciam ao mesmo tempo os indivíduos e a comunidade na responsabilização pelo cuidado em saúde, o que remete a alguns dos partícipes da definição de promoção da saúde de Buss (2003), adotada aqui. Justamente por representarem um cuidado construído no SUS, uma política de Estado, eles tinham a possibilidade de estabelecer os elos entre a pessoa, a comunidade, outras instituições, o sistema de saúde e o Estado, visando um cuidado integral alinhado à noção de promoção de saúde.

Atentas(os) às(aos) participantes responsáveis pelas ações de promoção da saúde trazidas(os) por Buss (2003), Estado, comunidade, indivíduos, sistema de saúde e parcerias interinstitucionais, podemos perceber que os grupos em tela conseguiam atingir, mais diretamente, no mínimo três deles: comunidade, pessoas e parcerias interinstitucionais. Quanto aos demais – Estado e sistema de saúde – estão ao alcance de outra finalidade que pôde, ao menos, ter sido apreendida por um dos grupos: o objetivo político, destacado por Fabiana como uma das funções do Grupo B.

Concernente a isso, Gastão Campos, Regina de Barros e Adriana de Castro (2004) afirmam que é indissociável pautar a promoção de saúde no Brasil em relação ao enfrentamento das desigualdades sociais, e que é encargo do setor de saúde tanto atuar por melhores condições de vida, quanto zelar pelo exercício da cidadania. Dessa maneira, a política e a saúde estão lado a lado quando se assume a qualidade de vida da população como um alvo, uma meta, um fim.

A construção da saúde não se dá de maneira alheada aos determinantes sociais, não é plausível construir saúde em um território de maioria negra e pobre alienada de tais condicionantes e, sobretudo, escamoteando que o sistema de saúde, as desigualdades sociais, o machismo e o racismo se sustentam por meio de escolhas políticas que mantém e fortalecem o *status quo*.

Dessa forma, não será um cuidado acrítico e apolítico que dará conta da saúde em sua acepção expandida, afim às propostas de promoção da saúde. Tendo o protagonismo cidadão em foco na construção da saúde não é possível desprezar a formação política no entendimento da necessidade de luta ininterrupta pela manutenção e melhoria do SUS, por melhores formas de acesso à saúde, por expansão das equipes de saúde da família, por condições dignas de trabalho para as(os) profissionais de saúde. Retomando a proposta de democratização do cuidado, o cuidado em saúde mental deve atender tanto aos anseios das(os) usuárias(os) quanto das(os) trabalhadoras(es) (que também são usuárias/os), o cuidado de umas(uns) não pode se dar às expensas de outras(os) e não ocorrerá de maneira democrática, conectado tanto com reforma psiquiátrica quanto com os valores do SUS, desligado da política.

Para encerrar essa seção, é válido propor algumas provocações. Podemos perceber que as duas atividades, capitaneadas por profissionais distintas em diferentes territórios, tinham assumido o compromisso de atuar promovendo a saúde mental, articulando-se com outras instituições/setores e estimulando a responsabilidade pessoal e comunitária no cuidado em saúde. Todavia, é preponderante que, novamente, tal responsabilidade fica como encargo feminino. Claro que se tratando de um trabalho que enfoca as mulheres, seriam elas as protagonistas das ações, mas os homens não aparecem cumprindo papel algum nesse ato. Foi notável, tanto nas entrevistas quanto nas observações dos serviços, a ausência masculina, de maneira que, para alcançar os homens, as trabalhadoras precisavam usar de outras ferramentas em outros espaços que não os serviços de saúde. Assim, quando, nas políticas de promoção, se fala sobre responsabilidade comunitária pela saúde, há o encobrimento da responsabilidade feminina pela saúde. Mesmo quando os homens comparecem às unidades de saúde é comum serem levados por mulheres. Queremos chamar a atenção para o fato de mulheres conduzirem mulheres para os grupos e cuidarem das mulheres, dos homens e da comunidade. Destarte, responsabilidade comunitária pela saúde é responsabilidade feminina pela saúde. Até mesmo quando tal carga é assumida de forma profissional, são as mulheres que estão na linha de frente, sobretudo porque as principais articuladoras nos territórios são as(os) agentes comunitárias(os) de saúde, a maioria das quais mulheres e negras. Então, quando falamos de cuidado coletivo, devemos nos perguntar quem está contido nesse coletivo e de que forma.

A outra provocação vai na direção das(os) demais responsáveis pela saúde, daqueles(as) que ocupam os espaços de poder estatais. Se por um lado podemos vislumbrar um cuidado promotor de saúde em alguns serviços do SUS, tais cuidados sem políticas serão apenas paliativos. Aqui, de maneira alguma queremos menosprezar o empenho das profissionais, mas é preciso indagar: como é possível promover saúde no Brasil com o aumento constante do preço do gás de cozinha? Como é possível promover saúde no Brasil se o país voltou ao Mapa da Fome? Como é possível promover saúde no Brasil com a inflação da cesta básica? Com uma marca de mais de 500 mil mortos por uma doença (covid-19) que já tem vacina? É possível promover saúde no Brasil com o governo Bolsonaro? Essas provocações conotam como nosso desafio de pensar o cuidado coletivo em saúde mental se faz por meio de dúvidas e contradições, pelo menos até então.

Queremos agora compartilhar como as disputas entre o individual e o coletivo têm revelado sua face mais funesta no Brasil contemporâneo. Nessa hora, parece que a terra escapa pelos dedos e que o chão perde sua firmeza, mas é preciso seguir em frente.

Avançar, mesmo que de pernas bambas: o cuidado em saúde durante a pandemia de covid-19

> *Escondo o medo e avanço. Devagar.*
> *Ainda não é o fim. É bom andar,*
> *mesmo de pernas bambas [...].*
> (MELLO, 1980, p. 42)

A amarração entre o trabalho de cuidado em saúde (ou seja, trabalho remunerado fora de casa) e o acúmulo de funções de cuidado no ambiente doméstico (limpeza da casa, cuidado das crianças, idosos(as), enfermos(as) etc.) intensificou-se durante o período de pandemia, sobretudo durante vigência de maior rigor do distanciamento social. Essa realidade desvela, novamente, as disparidades de gênero, classe e raça envolvidas no cuidado, já que foi entre as mulheres de classe média que recaiu tal acúmulo de funções, que já eram realidade entre as mulheres pobres e negras, em sua maioria. Contudo, agora para todo grupo social de mulheres, com o agravante dos riscos e desafios de uma realidade de pandemia; embora, outra vez, pesando ainda mais nas costas das mulheres pobres, a maioria em trabalhos precarizados, como destaca Flávia Biroli (2018), e que enfrentam ainda o desafio de manter financeiramente a família em tal contexto.

Ademais, o "fique em casa", para além do acúmulo de tarefas, representou também o aumento da violência doméstica e prejuízos à saúde mental, incluindo sintomas de estresse pós-traumático e raiva, por exemplo, de acordo com Benedito Medrado e colaboradores (2020) e Beatriz Schmidt e outros (2020). Assim, no contexto de pandemia de covid-19, a afirmação de Kimberlé Crenshaw (2002) se faz ainda mais marcante e cruel: quando o Estado se esquiva de sua responsabilidade quanto à elaboração de políticas de combate às desigualdades sociais, o peso recai sobre as mulheres (sobretudo as mais pobres), pois somos nós, mulheres, que assumimos (majoritariamente) os trabalhos domésticos, os cuidados com as(os) filhas(os), familiares doentes e idosas(os).

Além das mudanças no ambiente doméstico, as(os) profissionais de saúde enfrentam as dificuldades inerentes às suas profissões na pandemia de covid-19. As(os) profissionais de saúde são um grupo de risco para a infecção de coronavírus devido à alta exposição de carga viral mediante o contato com usuários(as) contaminados(as). Acresce-se a isso os riscos à saúde mental, advindos do medo de contaminação de si e dos familiares, condições precarizadas de trabalho, aumento da carga de trabalho e a proximidade com o sofrimento e o luto, intensificados em tal circunstância. (OLIVEIRA et al., 2020; REDE COVIDA, 2020) O que pode repercu-

tir em sintomas de estresse, depressão e ansiedade, afetando, principalmente, tais trabalhadoras(es). (OLIVEIRA et al., 2020; SCHMIDT et al., 2020) Entretanto, tais riscos também são distribuídos de maneira desigual, na medida em que são atravessados por relações de poder relacionadas à classe social, gênero e raça. Sobre isso, o Boletim CoVida 5 (REDE COVIDA, 2020) afirma que os estudos referentes à equipe de saúde durante a pandemia de covid-19 têm se concentrado em grupos específicos (médicas/os, por exemplo), bem como negligenciam as hierarquias envolvidas em tal trabalho e suas iniquidades, além de serem escassos aqueles que investigam outros níveis de atenção que não a atenção terciária. Apesar das(os) trabalhadoras(es) de hospitais serem consideradas(os) a "linha de frente" do enfrentamento à pandemia, Beatriz Schmidt e outros (2020) alertam para a "traumatização vicária", ou "traumatização secundária", que afeta pessoas que empatizam com o sofrimento de outrem. Uma pesquisa realizada na China, destacada pelas(os) autores(as), (LI et al., 2020 apud SCHMIDT et al., 2020) encontrou maior trauma vicário entre enfermeiras(os) que não trabalhavam na linha de frente do que entre enfermeiras(os) que trabalhavam na linha de frente, tendo como hipótese que as(os) primeiras(os) empatizavam tanto com as(os) usuárias(os) com covid-19 quanto com suas(eus) colegas enfermeiras(os) da linha de frente.

Ademais, a despeito do protagonismo da atenção terciária tanto nas pesquisas quanto nos investimentos de recursos de saúde para o enfrentamento da pandemia, a AB também assume um importante papel nesse contexto, tanto mantendo o acompanhamento longitudinal de grupos que apresentam maiores fatores de risco para desenvolver sintomas mais graves do coronavírus (hipertensas/os, diabéticas/os etc.), quanto em ações de vigilância em saúde (como testagem nos territórios), acompanhamento dos casos leves e suspeitos e promoção de ações comunitárias para o controle da pandemia, conforme Ligia Giovanella e colaboradores (2020). Assim, focalizar as ações da AB significa mudar de uma perspectiva individual do cuidado para focalizar o cuidado comunitário, essencial para o controle das crises sanitária e humanitária decorrentes da pandemia de covid-19. (GIOVANELLA et al., 2020) Além disso, com a vacinação contra covid-19, a AB ganha maior centralidade em tal contexto, tanto por conta da sua perícia em campanhas de vacinação, quanto por uma possibilidade da doença se tornar endêmica e de menor gravidade, e ainda pela necessidade de acompanhamento longitudinal daquelas(es) com sequelas do coronavírus.

Contudo, a potência da AB no combate à pandemia não foi devidamente aproveitada, sobretudo no que se refere à sua participação no cuidado em saúde mental. Com o início da pandemia da covid-19, houve recuo da AB e de serviços de saúde

mental, como os Centros de Atenção Psicossocial (Caps). Embora pesquisadores(as) apontassem que a AB, articulada aos demais níveis de assistência, era fundamental para o enfrentamento da pandemia, (ALMEIDA FILHO, 2020; DAUMAS et al., 2020) não vimos a repercussão desse conhecimento acumulado sobre a dimensão da territorialização do cuidado como um dispositivo que fizesse sentido para a política geral no controle da pandemia, no Brasil. Considerando essas novas contingências, nos inquietamos ao refletir: como ficaram as pessoas que frequentavam os Grupos A e B, os quais relatamos com alguma riqueza de detalhes na seção anterior? Onde e como essas mulheres ficaram quando esse recuo tão brusco e impiedoso ocorreu? Como as profissionais estariam vivenciando este "abandono" circunstancial das usuárias que acolhiam? Não tivemos oportunidade de conversar, até o momento, com as profissionais citadas por pseudônimos, muito menos com as usuárias, mas ouvimos muitos(as) outros(as) profissionais da AB e da atenção especializada em saúde mental, e queremos compartilhar aqui esse desassossego para situar adequadamente a importância do contexto para a produção do conhecimento e, mais significativo, defender a articulação entre os níveis de assistência como política de cuidado no SUS, principalmente durante a pandemia.

Os relatos dos(as) trabalhadores(as), ora enfáticos, ora mais sutis, nas quinze rodas de conversa realizadas pelo Programa Pensar junto, Fazer com, em 2020, expressavam as suas inquietações em relação à oferta de cuidado às(aos) usuários(as), nesse momento, mais do que dependente desse tipo de apoio nos serviços. Se o cuidado é uma labuta cotidiana para ser democrático, como ressalta Flávia Biroli (2018), como ele não seria afetado pelo momento político que vivemos, como argumenta Gastão Wagner Campos (2020) no ensaio "O pesadelo macabro da covid-19 no Brasil: entre negacionismos e desvarios?", que, sem sombra de dúvidas, só pelo título denuncia e sintetiza o que estamos passando.

Os/as trabalhadores(as) participantes das rodas de conversa anunciaram que uma das primeiras ações adotadas nos serviços de saúde foi a suspensão de todo tipo de grupo, oficinas e espaços de convivência, mas houve também cancelamento de visitas domiciliares. A noção de distanciamento físico provocou nos serviços, já precarizados, algo sem precedentes em relação ao retraimento do acompanhamento dos(as) usuários(as). Expedientes tomados pelas(os) trabalhadoras(es) de saúde para continuar o acompanhamento daqueles(as) que necessitam do cuidado em saúde mental foram iniciativas institucionais tímidas, por exemplo, a tentativa de dar conta da demanda com meios tecnológicos, como contato por WhatsApp e chamadas telefônicas para uma boa parte da população vulnerável social e, obviamente, digitalmente.

Contudo, mesmo esse tipo de acompanhamento foi feito às expensas das(os) profissionais, já que os serviços de saúde da Atenção Primária à Saúde (APS) e da atenção especializada em saúde mental, particularmente dos Caps, foram descritos como não tendo infraestrutura digital, sendo que os(as) profissionais utilizavam seus próprios celulares para não deixar de assistir aqueles(as) que já conheciam, e que poderiam ter acesso por essas vias digitais. Ademais, alguns serviços com infraestrutura precária para os(as) já acompanhado(as) não tinham nenhuma condição de receber novas pessoas. Aqui novamente fica evidente como as escolhas políticas impactam na possibilidade de se construir um cuidado coletivo em saúde mental e que para compreender o porquê da saúde mental não ser prioridade na distribuição de recursos devemos nos ater aos cruzamentos de marcadores sociais que "definem"[3] suas e seus usuárias(os), pessoas negras, pobres e que sofrem com transtornos mentais.

Regina Daumas e colaboradores (2020) descrevem muitas ações pertinentes a APS, em geral, em relação ao enfrentamento da covid-19 (que não vem ao caso detalhar aqui), que certamente, com o tempo transcorrido, supomos tenham sido algumas delas implementadas também no contexto que estamos nos referindo, que é o de Salvador-Bahia. Mas, no que concerne ao foco de interesse deste artigo, isto é, a saúde mental, a implementação foi ainda mais precária, de acordo com os relatos dos(as) profissionais de saúde que compartilhavam inquietações, frustrações, apelos e dores frente à ameaça da covid-19 para os(as) usuários(as), para si mesmas(os) e seus familiares, quando voltavam para casa. Daumas e outros (2020), referindo-se às contribuições de Barbara Starfield sobre a potência da APS, ainda em 2002, concluem, no seu artigo, nos lembrando que:

> Mesmo com suas deficiências, a importância do SUS no enfrentamento da pandemia tem sido demonstrada de forma inquestionável. O reconhecimento, agora quase unânime, da necessidade de mais recursos para que o sistema faça frente à crise torna este momento especialmente oportuno para reforçar e financiar adequadamente o SUS. Além disso, esta gravíssima emergência sanitária coloca em destaque a posição privilegiada da APS para garantir o acesso a cuidados de saúde e

---

3 Deixamos com aspas a palavra "define" no entendimento afim ao construcionismo social, que defende posições de pessoa, sempre instáveis e provisórias. Entretanto, o recurso que pode soar essencializador e reificante ao recorrermos a categorias sociais como mulher, pobre, negra, se faz ao reconhecermos a importância da articulação política ao reivindicar tal posição social. Não nos aprofundaremos sobre isso neste texto, mas, nessa direção, sugerimos a discussão apresentada em outro artigo nosso. (MEDRADO; LIMA, 2018)

> agir sobre os determinantes de saúde frente a um desafio emergente. A priorização da APS, com a expansão da Estratégia Saúde da Família e o fortalecimento de todos os seus atributos, com ênfase nos chamados derivados (competência cultural, orientação familiar e comunitária) (apud Starfield, 2002), são medidas essenciais para conter a propagação na população de uma ameaça como a COVID-19. (DAUMAS et al., 2020, p. 5)

Levando em consideração a potência destacada por Daumas e outros (2020) e descrita por nós na seção anterior sobre o cuidado de mulheres na AB por outras mulheres, sejam as profissionais de saúde ou aquelas que compõem a sua própria comunidade, não podemos deixar de realizar uma crítica contundente aos efeitos políticos da pandemia da covid-19. Houve um aceleramento do desmonte da política de saúde mental, que é consolidada a partir dos incentivos governamentais à internação psiquiátrica e ao financiamento de comunidades terapêuticas, ações fundamentadas em uma abordagem proibicionista das questões relacionadas ao uso de álcool e outras drogas, como alertam Adriana Bastos e Sueli Alberti (2021) e Nelson Cruz, Renata Gonçalves e Pedro Delgado (2020). Dessa maneira, as escolhas políticas explicitam que não há um pacto com o cuidado coletivo ou com a promoção da saúde, mas apenas ações de higienismo social que respondem aos anseios de determinados grupos. Ademais, muito aquém de qualquer valor democrático e ocorrendo à revelia do compromisso científico e ético-político conquistado na reforma psiquiátrica, retroalimentando as disparidades sociais.

Dessa forma, entendemos que aqui não se trata apenas de retratar mais uma experiência exitosa no campo da saúde mental, como a que descrevemos na seção anterior, com seus limites e potencialidades, mas retomar os princípios que regem o cuidado em saúde mental e salientar que a política adotada em um determinado momento histórico pode aniquilar com anos de dedicação de profissionais de saúde, do empenho dos movimentos de usuários(as) de saúde mental, de trabalhadores(as), extensionistas(os) e pesquisadores(as) comprometidos(as) com a implementação da política antimanicomial. Além disso, compreendemos que marcar a possibilidade de um cuidado que caminha para atender o coletivo assevera nossa oposição ao bolsonarismo e a tudo aquilo que ele representa: interesses escusos, (verniz de) meritocracia, rechaço à democracia e imperativo individualista recheado de conservadorismo. Da mesma maneira que Thiago de Mello, acreditamos que ainda é possível manter o pacto com a vida. Para isso, reiteramos a importância de, para além do cuidado (em suas diversas acepções), ocupar a pauta política. Precisamos estar alertas para quem ocupa tais espaços de poder e a quais interesses responde.

Sobre isso, a análise documental realizada por Renata Guerra e Lupicinio Iñiguez-Rueda (2021), em bases indexadas de artigos sobre os sentidos do cuidado em saúde mental no Brasil, incluindo tudo que estava disponível até janeiro de 2019, nos apresenta um panorama que demarca que os problemas que comprometem o cuidado em saúde mental, que, apesar de terem se agudizado com a pandemia e bolsonarismo, não começaram com eles:

> Os argumentos localizam-se na crítica ao processo de implementação de políticas públicas e nos avanços e desafios para uma oferta de cuidados em tarefas distintas: articular aspectos legais, conceituais, históricos, culturais, econômicos e sociais. Dos textos se desprende que os serviços de saúde mental, muitas vezes, não são capazes de organizar uma oferta que permita ao usuário transitar pelas distintas redes que conformam a cidade e, neste sentido, as práticas terminam limitando a conduta prescritiva e burocrática do cuidado. (GUERRA; IÑIGUEZ-RUEDA, 2021, p. 245, tradução nossa)

Como promover saúde mental e estancar o sangue manicomial, que parece correr nas veias abertas dos serviços de saúde em decorrência de estratégias políticas vigentes? Como não provocar condutas prescritivas e burocráticas do cuidado, que intimidam e constrangem iniciativas como a descrita, onde se reconhece benefícios para os(as) usuários(as) que necessitam de apoio pelo sofrimento psicossocial, por serem, antes mesmo de loucas, mulheres negras, periféricas e pobres? O que fazer para não normatizar a desassistência justamente em um momento ainda mais caótico e febril como o pandêmico?

As inventividades ficaram mesmo por conta de alguns e algumas profissionais de saúde, sozinhas ou com colegas de equipe que, em condições de trabalho já precarizadas, abriram suas caixas de ferramenta de criatividade, solidariedade e compromisso ético-político para não desassistir de todo as pessoas que acompanhavam. É no encontro afetuoso com essas(es) profissionais que conseguimos sustentar a esperança e seguir, mesmo que devagar e de pernas bambas. Mais do que inspiradas por Thiago de Mello, seguimos inspiradas por tais trabalhadoras(es). Seguimos na certeza de que tantas(os) outras(os) se juntarão a nós no desafio de construir um cuidado que alcance a todas(os) e que "Os que virão, serão povo,/e saber serão, lutando". (MELLO, 1980, p. 12)

Referências

ALMEIDA FILHO, N. Vacina não é bala de prata, pandemia exige ações complexas para superar a COVID-19. [Entrevista concedida a] João Vitor Santos. *Instituto Humanitas Unisinos*, São Leopoldo, 26 ago. 2020. Disponível em: http://www.ihu.unisinos.br/159-noticias/entrevistas/602215-vacina-nao-e-bala-de-prata-pandemia-exige-acoes-complexas-para-superar-a-quarentena-entrevista-especial-com-naomar-de-almeida-filho. Acesso em: 10 jan. 2021.

ARAUJO, M. S.; CARVALHO, A. M. Autoritarismo no Brasil do presente: bolsonarismo nos circuitos do ultraliberalismo, militarismo e reacionarismo. *Revista Katálysis*, Florianópolis, v. 24, n. 1, p. 146-156, 2021.

BASTOS, A.; ALBERTI, S. Do paradigma psicossocial à moral religiosa: questões éticas em saúde mental. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 1, 2021. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/LynyH7jjsCCXDrqtzMjyLpG/?lang=pt. Acesso em: 21 jul. 2021.

BIROLI, F. Cuidado e responsabilidades. *In*: BIROLI, F. *Gênero e desigualdades*: limites da democracia no Brasil. São Paulo: Boitempo, 2018. p. 53-90.

BRASIL. Presidência da República. Lei nº 8.080, de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*: Brasília, DF, 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 21 jul. 2021.

BUSS, P. M. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. *In*: CZERESNIA, D. (org.). *Promoção da saúde*: conceitos, reflexões, tendência. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 15-38.

CAMPOS, G. W. O pesadelo macabro da COVID-19 no Brasil: entre negacionismos e desvarios. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, 2020. Disponível em: https://www.scielo.br/j/tes/a/sQgGPbjSPqPSqYnsZxWvxwf/abstract/?lang=pt. Acesso em: 21 jul. 2021.

CAMPOS, G. W.; BARROS, R. B.; CASTRO, A. M. Avaliação de política nacional de promoção da saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 745-749, 2004. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/t39W4PnHZCxWnYCbZyyk9Vc/abstract/?lang=pt. Acesso em: 21 jul. 2021.

CRENSHAW, K. Documento para o Encontro de Especialistas em Aspectos da Discriminação Racial Relativos ao Gênero. *Revista de Estudos Feministas*, Florianópolis, v. 10, n. 1, p. 171-188, 2002. Disponível em: https://www.scielo.br/j/ref/a/mbTpP4SFXPnJZ397j8fSBQQ/?lang=pt&format=pdf. Acesso em: 21 jul. 2021.

CRUZ, N.; GONÇALVES, R.; DELGADO, P. Retrocesso da reforma psiquiátrica: o desmonte da política nacional de saúde mental brasileira de 2016 a 2019. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, 2020. Disponível em: https://www.scielo.br/j/tes/a/j6rLVysBzMQYyFxZ6hgQqBH/?lang=pt. Acesso em: 21 jul. 2021.

DAUMAS, R. *et al.* O papel da atenção primária na rede de atenção à saúde no Brasil: limites e possibilidades no enfrentamento da COVID-19. *Cadernos de Saúde Pública*, São Paulo, v. 36, n. 6, 2020. Disponível em: https://www.scielosp.org/article/csp/2020.v36n6/e00104120/en/. Acesso em: 21 jul. 2021.

GIOVANELLA, L. *et al.* A contribuição da Atenção Primária à Saúde na rede SUS de enfrentamento à COVID-19. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 44, n. 4, p. 161-176, 2020.

GOES, E. F.; NASCIMENTO, E. R. Mulheres negras e brancas e os níveis de acesso aos serviços preventivos de saúde: uma análise sobre as desigualdades. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 37, n. 99, p. 571-579, 2013. Disponível em: https://www.scielo.br/j/sdeb/a/kw9SwJT5SHMYty6dhTYvsGg/?format=pdf&lang=pt. Acesso em: 21 jul. 2021.

GUERRA, R.; IÑIGUEZ-RUEDA, L. Sentidos sobre el cuidado en salud mental: una revisión bibliográfica. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 45, n. 128, 2021. Disponível em: https://www.scielo.br/j/sdeb/a/vPjjy59vHfjhdpp9v8DBvmn/abstract/?format=html&lang=es&stop=next. Acesso em: 21 jul. 2021.

GUIBU, I. A. *et al.* Características principais dos usuários dos serviços de atenção primária à saúde no Brasil. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 51, n. 2, p. 1-13, 2017. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rsp/v51s2/pt_0034-8910-rsp-S1518-51-s2-87872017051007070.pdf. Acesso em: 21 jul. 2021.

JUCÁ, V. A cura em saúde mental: história e perspectivas atuais. *In*: WADI, Y. M.; SANTOS, N. M. W. (org.). *História e loucura*: saberes, práticas e narrativas. Uberlândia: Edufu, 2010. p. 307-330.

LINO, M. M. *et al.* Perfil socioeconômico, demográfico e de trabalho dos agentes comunitários de saúde. *Cogitare Enfermagem*, Curitiba, v. 17, n. 1, p. 57-64, 2012. Disponível em: https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/26375. Acesso em: 21 jul. 2021.

MEDRADO, A. C. C.; LIMA, M. "Ainda assim me levanto": as narrativas históricas e a construção do eu feminino. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 348-1371, 2018. Disponível em: https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revispsi/article/view/42239/29284. Acesso em: 21 jul. 2021.

MEDRADO, B. *et al.* Abordagens psicossociais sobre a primeira fase da pandemia do novo coronavírus no Brasil. *Psicologia & Sociedade*, São Paulo, v. 32, 2020. Disponível em: https://www.scielo.br/j/psoc/a/Krktp48s8bJrt9SqkrMvPCd/?lang=pt. Acesso em: 21 jul. 2021.

MELLO, T. *Poesia comprometida com a minha vida e a tua*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1980.

MUSSE, J. O. *et al*. Avaliação de competências de agentes comunitários de saúde para coleta de dados epidemiológicos. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 525-536, 2015. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/Q5gx7vHTZPRxGZyJjPWySDc/abstract/?lang=pt. Acesso em: 21 jul. 2021.

NUNES, M. O. *et al*. O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. *Cadernos de Saúde Pública*, São Paulo, v. 18, n. 6, p. 1639-1646, 2002. Disponível em: https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/ens-14720. Acesso em: 21 jul. 2021.

OLIVEIRA, W. A.; OLIVEIRA-CARDOSO, É. A.; SILVA, J. L.; SANTOS, M. A. Impactos psicológicos e ocupacionais das sucessivas ondas recentes de pandemias em profissionais da saúde: revisão integrativa e lições aprendidas. *Estudos de Psicologia*, Campinas, v. 37, 2020. Disponível em: https://www.scielo.br/j/estpsi/a/ZMN96H6CP5t3MpmyFSrNXPM/?lang=pt. Acesso em: 21 jul. 2021.

REDE COVIDA. *Boletim CoVida*, *pandemia de covid-19*: a saúde dos trabalhadores de saúde no enfrentamento da pandemia de covid-19. Salvador: UFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2020. Disponível em: http://renastonline.ensp.fiocruz.br/sites/default/files/arquivos/recursos/boletim-covida-5-trabalhadores-da-saude.pdf. Acesso em: 21 jul. 2021.

SCHMIDT, B. *et al*. Saúde mental e intervenções psicológicas diante da pandemia do novo coronavírus (COVID-19). *Estudos de Psicologia*, Campinas, v. 37, 2020. Disponível em: https://www.scielo.br/j/estpsi/a/L6j64vKkynZH9Gc4PtNWQng/abstract/?lang=pt. Acesso em: 21 jul. 2021.

SIMAS, P. R. P.; PINTO, I. C. M. Trabalho em saúde: retrato dos agentes comunitários de saúde da região Nordeste do Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1865-1876, 2017. Disponível em: https://repositorio.ufba.br/ri/handle/ri/26817. Acesso em: 21 jul. 2021.

STARFIELD, B. *Atenção primária*: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília, DF: Unesco: Ministério da Saúde, 2002.

TRONTO, J. Assistência democrática e democracias assistenciais. *Sociedade e Estado*, Brasília, DF, v. 22, n. 2, p. 285-308, 2007. Disponível em: https://www.scielo.br/j/se/a/r8ZmgZVYSX9q4PQmYcFkBmK/abstract/?lang=pt. Acesso em: 21 jul. 2021.

3ª SEÇÃO

POTÊNCIAS DO BRINCAR, DO ATUAR E INVENTIVIDADES NO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL

Título da ilustração:
Potências do cuidar.
Molije, 2021.

SAÚDE MENTAL INFANTOJUVENIL E A PANDEMIA DE COVID-19

tecendo saberes em torno da Fogueira de Xangô

EMILIANO DE CAMARGO DAVID • VLÁDIA JUCÁ • VANIA BUSTAMANTE

São João acende a fogueira do meu coração: nosso encontro na roda

Era 30 de junho de 2020, estávamos na Bahia, nos posicionamos em roda conversa, mas dessa vez não foi para celebrar o São João,[1] como de costume. Essa roda, embora aquecida, não teve seu calor provindo das fogueiras juninas, mas sim de uma presença vibrante das(os) diversas(os) profissionais de saúde/saúde mental da Rede de Atenção Psicossocial do Estado da Bahia, mais especificamente trabalhadoras(es) de Centros de Atenção Psicossocial Infantil (CAPSi) somadas a professoras(es), estagiárias(os) e extensionistas do Instituto de Psicologia da Universidade Federal da Bahia.

Na roda, houve participação de trabalhadores(as) de Salvador e do interior da Bahia. Estiveram presentes membros da equipe dos CAPSi de Teixeira de Freitas, Vitória da Conquista, Lauro de Freitas, Camaçari, Itabuna e outros. Ao longo da roda, diversas estratégias de cuidado em saúde foram destacadas, algumas inéditas geradas em meio à crise sanitária, outras já costumeiras às equipes.

---

1 Ritual e festejo religioso, sincrético e cultural, os festejos de São João têm vasta tradição no estado da Bahia com celebrações em seus 417 municípios. Nessa festa, símbolos como a fogueira, o forró pé de serra e as comidas típicas oferecem luz, temperatura, som e gosto aos homenageados João Batista (catolicismo) e Xangô (candomblé).

Estávamos em meio a um São João pandêmico. Contudo, seguimos o rito costumeiro das rodas e iniciamos com cumprimentos e apresentações. Vládia Jucá e Emiliano de Camargo David, encarregados de mediar o trabalho, iniciaram apostando na potência da roda de conversa, mesmo que em formato virtual, para a construção coletiva de um saber que nos permitisse sustentar o trabalho na saúde mental infantojuvenil em meio à grave crise sanitária provocada pela disseminação da covid-19.

Logo de cara, fomos despertados por um tema que ecoou estridente, como o som de um triângulo, pelo questionamento feito por uma trabalhadora: "como conversar e acolher as famílias que estão com tantas dificuldades no cotidiano? Por exemplo, uma mãe que tem cinco filhos, sendo um bebê de dois meses, e alguns desses filhos trocam a noite pelo dia, sem rotina estável, o que gera cansaço e angústia."

A questão trazida pela trabalhadora despontou como um "pau de sebo" – atividade típica das festas juninas – no qual se sustentar e seguir em direção ao objetivo é exigência e, na maioria das vezes, é necessária a condução coletiva, com outros participantes que ofereçam ombros e apoios para se chegar ao destino. Por isso, Vládia ampliou a questão, promovendo uma abertura, convidando outras trabalhadoras para o diálogo, dizendo: "vamos comentar essa cena?". Nesse momento, outra profissional discorre sobre sua estratégia de atuação: "tenho feito junto com as famílias essa reorganização", buscando livrar-se da sedutora e normalizante ideia de chegar com uma solução pronta.

Nessa esteira, foi destacado que trabalhar o/no cotidiano das famílias é uma perspectiva clínica, orientada pela singularidade de cada ente familiar, sustentando as diferenças de composição e de realidade de cada grupo e sujeito. Perspectiva de cuidado, que exige uma posição ético-política do(a) trabalhador(a) de *lateralização*, sustentando a criança como interlocutora, mantendo-se inclinadamente ao lado, visto que "se há algo que nos interessa nesta zona de vizinhança com as crianças é que toda história individual e coletiva é 'entrada permanente na vida' e nunca resultado definitivo". (VICENTIN, 2020, p. 8) Voltando para a miragem do São João, essa *lateralização* é característica de um bom mungunzá, onde a presença adultecida da canela (de gosto marcante) deve ser apenas "salpicada", deixando que o milho branco cozido e as demais especiarias afrobaianas prevaleçam. Nessa direção, alertamos os(as) trabalhadores(as) da constante intencionalidade dos adultos em disciplinar as crianças, conduta ainda mais presente em contexto de maior convívio, como no período pandêmico.

O trabalho foi conduzido, nesse tom, com todo o cuidado para não errarmos a mão nos temperos que acrescentávamos, na medida em que os ingredientes eram postos na roda. Entre as bandeirolas que se apresentavam, através de uma plurali-

dade de cores que lembravam a heterogeneidade das equipes e dos trabalhadores da saúde mental, um fio foi sendo tecido, norteado pelo princípio de que a clínica, mesmo considerando as suas balizas políticas e teóricas, é sempre um fazer artesanal. Em plena pandemia, com as adversidades anteriormente presentes e agravadas, era necessário tensionar para que não nos deixássemos seduzir por receitas de bolos de sabor duvidoso.

Neste capítulo, compartilhamos algumas aprendizagens construídas no junho atípico, quando as incertezas apareciam com tanta intensidade que arriscavam causar uma paralisia, justo em um momento em que as urgências na saúde mental tribulavam tal qual fogueira de Xangô. De tantas ideias e afetos que nos puseram em movimento na roda, destacaremos: a pandemia e as desigualdades sociais; a natureza artesanal da clínica e o projeto terapêutico singular (PTS) e, por fim, o sofrimento institucional dos(as) trabalhadores(as). A seguir, realizaremos algumas articulações teóricas a partir dos pontos citados.

A pandemia e as desigualdades sociais

Para começar, é preciso recuperar o contexto da pandemia e suas implicações para a saúde. Atravessamos, desde março de 2020, uma crise de saúde pública mundial provocada pela covid-19, síndrome respiratória causada pelo vírus Sars-Cov-2. A pandemia trouxe para nosso cotidiano uma discussão clássica no campo da saúde relativa aos grupos de risco, compreendidos como sendo aqueles mais propensos a contrair o vírus e desenvolver agravos. A definição de tais grupos segue os critérios biomédicos relativos à idade, ao fato do sujeito ser portador de doenças crônicas, bem como às patologias respiratórias preexistentes.

No entanto, a travessia da pandemia de coronavírus no Brasil tem atestado a insuficiência do conceito de risco para entender como essa disseminação afeta a população, em um país marcado por desigualdades sociais e em meio a uma crise sanitária que nos encontrou frente a duas outras crises preexistentes: uma na esfera econômica e a outra na esfera política. Desse modo, os grupos de risco, que precisam ser considerados por suas necessidades biológicas específicas de saúde, precisam também ser pensados em termos da sua vulnerabilidade social:

> O conceito de vulnerabilidade é, simultaneamente, construto e construtor dessa percepção ampliada e reflexiva, que identifica as razões últimas da epidemia [o conceito foi pensado em meio à epidemia de HIV-AIDS] e seus impactos nas totalidades dinâmicas formadas por

> aspectos que vão de suscetibilidades orgânicas à forma de estruturação de programas de saúde, passando por aspectos comportamentais, culturais, econômicos e políticos [...]. (AYRES et al., 2009, p. 121-122)

O conceito de vulnerabilidade, ao abranger componentes individual, social e programático, permite-nos considerar a desigualdade presente no adoecimento e seus agravos, bem como a importância de pensar na iniquidade, como modo de responder à desigualdade, na construção das estratégias de enfrentamento da pandemia. Isso é fundamental quando entendemos que a covid-19 encontrou um Brasil fragilizado, imerso em um processo de agudização de suas desigualdades sociais e sob a égide de um governo federal com pautas neoliberais e de inspiração totalitária, que se mostrou avesso às políticas voltadas para a justiça social.

Nesse contexto, quando tratamos da saúde mental infantojuvenil durante a pandemia, é preciso levar em consideração como os territórios nos quais crianças e adolescentes habitam com seus familiares são atravessados por todas as crises aqui apontadas. A classe social está intimamente vinculada aos espaços nos quais os sujeitos habitam, às características sociodemográficas de tais espaços e ao acesso das pessoas, nesses territórios, à moradia, ao saneamento básico e aos equipamentos de saúde, elementos fundamentais quando pensamos nos processos de saúde e doença. (SANTOS, 2018) Ademais, os territórios também revelam processos de exclusão social, associados ao racismo, que se tornaram mais evidenciados com a pandemia. (SANTOS et al., 2020) Essa relação se torna muito visível quando consideramos a necropolítica na base do genocídio de jovens negros e indígenas. Necropolítica é o termo utilizado pelo filósofo camaronês Achille Mbembe (2018) para tratar da legitimação das mortes realizadas pelo Estado em nome da manutenção da ordem. Conforme o autor, a soberania permite definir "quem é 'descartável' e quem não é". (MBEMBE, 2018, p. 41) Mbembe parte da biopolítica de Foucault (2005) e da ideia desse último acerca de o Estado fazer viver e deixar morrer para refletir sobre a morte enquanto política (não necessariamente assumida) de Estado. Não se trata mais do deixar morrer, mas do fazer morrer. Os corpos eleitos para essas mortes, no Brasil, são sobretudo os da juventude preta, pobre e periférica que habitam territórios marcados historicamente por processos de exclusão social, nos quais a presença do Estado é com frequência marcada pela necropolítica.

Classe, território, gênero, geração e raça são elementos interseccionados, cruciais para entender a pandemia de covid-19 e as questões que se colocam acerca da saúde mental infantojuvenil. Quando pensamos, por exemplo, no distanciamento necessário para conter a disseminação do vírus, é preciso considerar em que condi-

ções acontece a permanência em casa e o que significa a suspensão de aulas presenciais para crianças, adolescentes e seus familiares.

Sobre as condições de permanência, em situações de moradia precária, na qual um grupo familiar divide um espaço restrito, a convivência familiar, intensificada pelo distanciamento, torna-se ainda mais complexa. Os conflitos anteriormente existentes foram agudizados com o ficar em casa, todos juntos e com pouco espaço. Situações de violência doméstica, particularmente contra as mulheres, tiveram um significativo aumento de 18% no país, com variações entre os estados da federação. (VIEIRA; GARCIA; MACIEL, 2020) Conflitos territoriais relacionados à disputa entre facções e entre elas e a polícia não foram interrompidos pela pandemia e, em alguns territórios, também se intensificaram, tendo inclusive menor visibilidade já que a mídia anda focada especialmente nas notícias referentes à covid-19.

Em territórios marcados pelas vulnerabilidades, acima descritas, a escola é um importante ponto da rede de proteção à infância e à adolescência. Nessa direção, a interrupção das aulas significa, por exemplo, uma refeição a menos para muitas crianças e adolescentes da rede pública de ensino. Tão crucial quanto esse alimento para o corpo é o quanto a escola alimenta a sociabilidade, além da aprendizagem. A escola é o lugar de conviver com os pares, em uma interação mediada por adultos, bem como conviver com professores e coordenadores que têm uma função de referência para muitas crianças e adolescentes. Não poder ir à escola é perder grande parte de um convívio que faz parte da educação entendida de modo mais amplo, como um preparo para a vida.

Cabe destacar que a suspensão das aulas foi uma medida necessária para conter a disseminação do vírus. No entanto, os efeitos da suspensão são distintos, de acordo com a classe social. Para aqueles que dispõem de mais recursos, torna-se mais viável acompanhar as aulas remotamente, não obstante também haja prejuízos em termos de aprendizagem. Ademais, o acesso à internet e as condições de moradia amenizam os efeitos do distanciamento social. Entre famílias em vulnerabilidade, os efeitos da ausência do "tempo da escola" tendem a ter um impacto maior.

Sem considerar os territórios concretos, nos quais o "fique em casa" prescrito pela saúde pública se efetiva, não há como responder a algumas perguntas que surgiram em nossa roda de conversa: como fazer com as crianças autistas durante a pandemia? Como orientar famílias que, constrangidas por estarem desafiando à ordem pública, mandam fotos de um passeio realizado com uma criança autista que não suportava mais ficar em casa?

Para que pudéssemos iniciar a construção de respostas conjuntas a essas indagações foi necessário lembrarmos que "crianças autistas" é uma categoria abstrata. Cada criança é singular e, para pensarmos o cuidado a ela e sua família, é necessário saber

quem é essa criança, sua família e a que território pertencem. Esse foi um momento importante da roda, que nos permitiu convidar os(as) trabalhadores(as) a reconhecer os saberes com os quais contavam acerca das pessoas que atendiam. Afinal, apenas a partir desses saberes e do vínculo construído previamente, tornava-se possível pensar nos caminhos do cuidado a serem trilhadas em cada caso. Podemos, assim, nos encaminhar para o segundo ponto da nossa discussão.

A natureza artesanal da clínica e o projeto terapêutico singular

Uma pergunta presente em vários momentos é: "Como fazer o trabalho? Quais as possibilidades para trabalhar com os usuários nesse momento de pandemia?". Em diálogo com tais questionamentos, permanece uma pergunta: "Como trabalhar com os usuários com Transtorno do Espectro Autista (TEA) durante a pandemia?". Durante a roda, recuperamos a ideia da construção do Projeto Terapêutico Singular (PTS), junto a cada usuário e sua família, como marca do cuidado no modo psicossocial. Em outras palavras, foi interessante resgatar a natureza artesanal da clínica que se concretiza no caso a caso. Consideramos que "usuários com TEA", do mesmo modo que "crianças autistas", é um modo reducionista de falar de um sujeito, no qual se perde um elemento fundamental para a construção e para os ajustes no PTS: o conhecimento de cada usuário e de sua família.

Compreendemos o PTS como recurso organizador do processo de trabalho, da gestão e da clínica ampliada e compartilhada "um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar, com apoio matricial se necessário" (BRASIL, 2008, p. 40), que deve ser construído em diálogo com usuários e suas famílias e repactuado sempre que necessário.

A construção do PTS implica uma aposta nas possibilidades do sujeito de produzir mudanças em sua relação com a vida e os problemas de saúde. Para isso, é preciso que a equipe realize um cuidadoso trabalho de abertura para o novo e imprevisível, que lhe ajude a lidar com a ansiedade e as novas demandas que a proposta pode trazer. (BRASIL, 2008) No âmbito da atenção em saúde mental, a construção do PTS contribui para romper com ações normativas, relacionadas com a perspectiva biomédica sobre a doença e, por outro lado, aproximar-se de: "um processo social complexo que abrange a reflexão de conceitos fundamentais para o cuidado psicossocial, como, por exemplo, a concepção de saúde e doença, loucura e inserção social". (VASCONCELOS et al., 2016, p. 314) Ao retomarmos o lugar do

PTS no cuidado, uma trabalhadora de um CAPSi compartilhou a experiência que estavam construindo no serviço: durante a pandemia, essa equipe reorganizou os casos por gravidade e houve uma divisão por técnicos de referência. Buscando manter o vínculo com crianças usuárias, uma equipe optou por oferecer atividades lúdicas e artísticas em diálogo com a proposta do trabalho presencial que os usuários poderiam levar para realizar em casa quando os responsáveis fossem buscar a medicação no serviço. Os atendimentos presenciais, na maioria dos serviços, estão acontecendo em casos específicos, considerando crise e/ou em risco de suicídio.

Foi destacado como é fundamental marcar a presença, o que pode ser feito através de chamadas telefônicas ou por WhatsApp. Nessas chamadas, as(os) trabalhadoras(es) destacaram a importância de falarem não apenas com as(os) responsáveis, mas de se dirigirem às crianças e aos adolescentes a quem se destina o cuidado. Percebemos que esse era um mecanismo valioso para a sustentação do vínculo e da confiança previamente conquistados.

Profissionais de um serviço trouxeram uma visão bastante rica de como tem sido o trabalho por telechamada com usuários(as). Uma trabalhadora comentou: "*O CAPSi está mantendo alguns atendimentos de maneira quinzenal e também fazendo atendimentos por telefone. Isso tem sido interessante, porque o alcance tem ficado maior. Algumas famílias dizem que estão sendo mais acolhidas hoje no período de distanciamento social* [do que anteriormente]". Nessa perspectiva, profissionais e usuários(as) tendem a valorizar o contato por telefone como mais uma ação de cuidado, cuja função deve ser analisada como uma forma complementar de acompanhamento, entre as alternativas que os serviços já mantêm.

O teleatendimento é uma prática que ganhou ampla incidência nesse período. Segundo as(os) trabalhadoras(es), os contatos telefônicos têm sido frequentes, permitindo a manutenção de vínculos terapêuticos. Isso nos permite lembrar o *pau de fita*, dança típica do período junino em que os(as) participantes estão conectados(as), ainda que cada qual sustente a sua linha/fita/fio, permitindo uma larga conexão/vinculação no mesmo mastro (ética de cuidado). Porém, não são todas as demandas de cuidado que são acolhidas por teleatendimento, além do que nem todas as crianças e adolescentes do CAPSi têm acesso a esse recurso, deixando muitas delas fora dessa *roda/dança*.

Alguns profissionais das Unidades Básicas de Saúde (UBS) apontaram a necessidade de matriciamento (BRASIL, 2004)[2] para lidar melhor com os desafios do

---

2 O Ministério da Saúde (BRASIL, 2004, p. 80) destaca que o matriciamento "consiste em um arranjo organizacional que visa outorgar suporte técnico-pedagógico em áreas específicas às equipes responsáveis pelo desenvolvimento de ações básicas de saúde para a população. Nesse arranjo,

teleatendimento (ou das videochamadas) com as crianças, em especial aquelas que estão em sofrimento psíquico, ou que apresentam dificuldades de concentração, o que dificulta essa tecnologia de atendimento. Naquele momento, houve uma grande conexão entre os(as) trabalhadores(as) das UBS e dos CAPSi, pois grande parte delas relataram a mesma dificuldade, o que permitiu um agenciamento na busca de trocas de experiências que ajudasse a pensar estratégias de cuidado, na modalidade à distância.

Profissionais de alguns CAPSi comentam que eles têm conseguido acompanhar com constância os relatos de sofrimento psíquico através de ligações telefônicas, e afirmaram: "*o sofrimento não fica cristalizado; há semanas em que uma determinada criança está em uma situação estável e, na semana seguinte, a criança está mais angustiada e evidenciando maior sofrimento*". Dessa forma, mesmo diante das dificuldades do momento que recomenda ações não presenciais, porém constantes, eles têm conseguido fornecer apoio, visando operar o cuidado em saúde e estratégias de resolução de problemas.

Essa constância, numa estratégia de cuidado de presença-ausência, através das ligações telefônicas, quando sustentada no vínculo, sem ofertar desamparo, é processo formativo do psiquismo e das subjetivações. Freud, em *Além do princípio de prazer* (1996), discute a brincadeira das crianças de presença-ausência, a qual nomeou de jogo do *Fort-da*.

As profissionais de saúde/saúde mental presentes na roda estabeleceram com algumas das crianças acompanhadas nos CAPSi essa perspectiva, que consiste na desaparição e surgimento através de um contato frequente (por videochamada ou telefônico), permitindo a partida e o retorno das agentes de cuidado em saúde/saúde mental. Freud (1996) relaciona o jogo do *Fort-da* à operacionalização da simbolização e saída da alienação, tarefa terapêutica comum em cuidado de saúde mental com crianças.

O sofrimento institucional das trabalhadoras

Um tema que esteve presente em diversos momentos da roda de conversa foi a situação da rede de saúde mental e atenção psicossocial em Salvador, precárias e

---

a equipe por ele responsável compartilha alguns casos com a equipe de saúde local [...] Esse compartilhamento se produz em forma de corresponsabilização pelos casos, que pode se efetivar através de discussões conjuntas de caso, intervenções conjuntas junto às famílias e comunidades ou em atendimentos conjuntos."

insuficientes desde seus inícios, de modo que a pandemia encontrou um contexto assistencial historicamente fragilizado. Embora se trate de uma situação também característica de outros municípios do estado da Bahia, optamos por abordar mais especificamente a realidade de Salvador, por ser o local de onde provém a maioria de participantes desta e outras rodas de conversa promovidas pelo "Pensar junto/ Fazer com".[3] É preciso recuperar, aqui, que o município de Salvador, com uma população de 2.886.698 habitantes, (IBGE, 2020) tem um sistema de saúde organizado a partir de doze distritos sanitários. Essa delimitação ocorreu na década de 1980, em um momento de descentralização da gestão do sistema unificado e descentralizado de saúde na Bahia, tendo como objetivo fortalecer a possibilidade de organizar as ações de saúde, em diálogo com as peculiaridades de cada território. (SALVADOR, 2017)A cobertura de serviços está muito aquém das necessidades da população. Por exemplo, existem doze Caps II para toda a cidade de Salvador e não existe Caps III, com uma previsão de cobertura para municípios com população acima de 200 mil habitantes. São Caps para atendimento diário e noturno de adultos, durante sete dias da semana, atendendo à população de referência com transtornos mentais severos e persistentes, e prevê a possibilidade de que os pacientes possam dormir alguns dias em momentos em que estão em crise. Desde 2019, existe apenas um Caps AD III para todo o município.[4] No recorte de crianças e adolescentes, existem apenas dois Caps infantis para toda a capital. Há, também, três Centros de Saúde Mental, que buscam, de alguma maneira, fortalecer as ações de saúde mental. Outro aspecto fundamental é a articulação com a Atenção Básica, especialmente com as equipes de saúde da família e com o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf), que está limitada devido também à baixa cobertura. A cobertura da Estratégia de Saúde da Família é de apenas 38%, segundo dados de abril de 2020. O número de Nasf também é bastante pequeno, inclusive, alguns distritos sanitários não possuem equipes de Nasf. (BRASIL, 2020) Para além da baixa cobertura de serviços, os profissionais recuperaram, na roda, a existência de condições de trabalho muito difíceis e até adoecedoras. De um lado, existem diversas modalidades de contratação. Alguns profissionais foram aprovados em concursos públicos da prefeitura que não estavam direcionados a áreas específicas, como saúde mental e atenção básica, de maneira que não se identificam com o trabalho que realizam. Ao mesmo tempo, o concurso público oferece uma estabilidade que é diferente dos trabalhadores que

3 Programa Emergencial de Extensão Pensar junto, Fazer com: saúde mental em tempo de covid-19.

4 Ver o capítulo neste livro "Reforma psiquiátrica brasileira e mapeamento pré-pandêmico em redes de saúde mental do Salvador/BA: a rede que temos, o modelo de assistência possível", que descreve mais detalhadamente a referida rede de saúde mental.

têm um contrato temporário, situação vivenciada por uma proporção considerável de profissionais.

Os trabalhadores também fazem referência às condições de trabalho: as limitações do espaço físico, assim como a falta de acesso à internet nos serviços. Nos serviços de saúde mental, tanto era difícil ter acesso à internet quanto a equipamentos de qualidade, de maneira que muitos profissionais, para poderem fazer contato com os usuários, precisavam usar o próprio celular e a própria conexão de internet. Esse fato continuou presente durante o ano todo de 2020 e somente no início de 2021 houve a chegada de equipamentos.

Podemos pensar em todos esses elementos como fatores que são geradores de sofrimento institucional, algo que René Kaës (1991) apresenta como uma condição diferente do mal-estar. O mal-estar está presente frequentemente no nosso convívio social. Conforme Freud (2010), para viver em sociedade e se beneficiar com isso, o indivíduo passa por uma renúncia pulsional. Ao mesmo tempo, Kaës (1991) faz referência ao sofrimento que tem origem na instituição e que os indivíduos vivenciam também, com diferenças ligadas à forma como isso repercute para cada sujeito.

Aqui chama a atenção, por exemplo, a perda da ilusão institucional. Kaës (1991) fórmula que é fundamental que exista uma ilusão ligada a algumas narrativas e mitos sobre a instituição, sobre o porquê a instituição é importante e quais são as contribuições da instituição. Isso repercute para que os indivíduos se sintam contemplados e satisfeitos por fazerem parte dessa instituição. Percebemos intensa desvalorização da instituição e do trabalho dos profissionais, o que pode repercutir no modo como esses profissionais dialogam com os usuários. Há um processo de perda da ilusão e, junto disso, uma desvalorização que vai atravessando os diferentes processos.

Outra dimensão de sofrimento institucional discutida por Kaës (1991) tem a ver com as dificuldades relacionadas à realização da tarefa primária. Nos serviços de saúde mental, a tarefa primária seria cuidar dos usuários, mas, muitas vezes, como Onocko-Campos (2012) aponta, os profissionais precisam fazer muito trabalho burocrático, como preencher inúmeros documentos, gastando tempo e energia nessa função que os distancia de escutar as pessoas. A não existência de equipamentos e de acesso à internet, em um momento de pandemia, claramente dificulta e impede a realização da tarefa primária, que seria o cuidado aos usuários.

Os trabalhadores falaram também sobre a falta de espaços de diálogo, inclusive a falta de espaços de supervisão clínico-institucional, que não existe nos serviços, apesar de estar prevista para os Centros de Atenção Psicossocial. (BRASIL, 2005, 2007) Nesse sentido, o momento da roda de conversa e, de modo mais amplo, a proposta do programa "Pensar junto, Fazer com", foi valorizado como espaço para se

expressar em um ambiente seguro e acolhedor, um ambiente onde escuta e diálogo fortalecem os profissionais e as equipes.

Seguindo em roda: "Olha, quem tá fora quer entrar, mas quem tá dentro não sai"[5]

Hoje em dia o meu destino
Não vive em paz
balão de papel fino
Já não sobe mais...
O balão da ilusão...
Levou pedra e foi ao chão...
(Lamartine Babo, 1933)

Finalizamos a escrita deste artigo a dois meses de um novo São João pandêmico – quase um ano transcorrido da realização dessa roda de conversa. Desde então, muitas outras se formaram, sendo que as equipes de saúde do SUS se desdobraram/desdobram numa resiliência para sustentar a lógica coletiva de saúde, sob os princípios e as diretrizes fundamentais para o enfrentamento da pandemia: universalidade, integralidade e equidade no atendimento à população. Certamente, em um país com dimensões continentais, diferenças culturais e desigualdades sociais substanciais, esse é um dos maiores desafios, posto que, conforme destaca-se na finalização do presente texto, ainda não chegamos a esse patamar tão almejado.

Na contramão, um governo neoliberal investe numa lógica privatista e individualista de saúde, em detrimento dos interesses públicos, fazendo-a mercadoria. O descaso e o descalabro no trato da crise sanitária, sem precedentes, pela qual atravessa o país, reforçam a postura temerária do atual desgoverno, negacionista e obscurantista perante a gravidade da pandemia, tentando manipular a opinião pública, se pronunciando contra o isolamento social e protocolos sanitários, propagando medicamentos para "tratamento precoce" e ainda dificultando a compra/distribuição de vacinas no território nacional. Como resultado, iniciamos o mês de abril de 2021 com uma média, de pouco menos, de 4 mil pessoas mortas pela covid-19 por dia; assim, o Brasil se tornou o país que concentra um terço das mortes diárias no mundo, podendo ter passado o número de 443 mil mortes.[6] Um genocídio!

---

5 Trecho da canção "Isso aqui tá bom demais", de Dominguinhos.

6 Publicado em 2 de abril de 2021, segundo dados oficiais de hospitais brasileiros da rede pública e privada.

Para Souza, Damico e David (2020), a denegação do genocídio é característica e sintoma da colonialidade, forjada no individualismo, na acumulação e no egoísmo (aspectos que sustentam a cosmologia do privado). Um sistema de saúde como o SUS, que se ancora em outra base ético-política, alicerçando-se na integralidade, equidade e universalidade de modo público e coletivo, é anverso ao genocídio, por isso, tão desinvestido ao longo dos últimos cinco anos,[7] e na atual gestão federal, já contou com quatro ministros à sua frente.

No campo infantojuvenil, as novas cepas/variáveis do Sars-COV-2, em especial a variante britânica (batizada de B.1.1.7) e as variáveis brasileiras (conhecidas como P.1 e P.2) têm atingido crianças e adolescentes, demandado tratamentos intensivos em unidades pediátricas. Os leitos de UTI pediátricas no país, em especial no Norte e Nordeste, são escassos, o que tem gerado grande preocupação nos trabalhadores de saúde do campo infantojuvenil.

Embora a pandemia de covid-19 escancare a importância do SUS para o país, essa compreensão não é apreendida, pois o racismo estrutural[8] e a colonialidade[9] do saber/poder, retroalimentam privilégios de determinados grupos (brancos, adultos, sudestinos, homens, cisgêneros, heterossexuais, dentre outros) dentro do próprio sistema de saúde público/universal, sustentando as desigualdades sociais relacionadas a algumas identidades: (SOUZA; DAMICO; DAVID, 2020) "Brancos são quase o dobro dos negros entre vacinados contra covid-19 no Brasil – pretos e pardos são minoria entre idosos e trabalhadores da saúde, grupos prioritários na campanha"; (BARBON; FARIA, 2021) "Norte e Nordeste têm defasagem de leitos de UTI em relação a outras regiões do país"; (MOTA, 2020) "Por que o coronavírus mata mais pessoas negras e pobres no Brasil e no mundo"; (GRAGNANI, 2020) "Internações de crianças com COVID-19 disparam em todo o Brasil"; (INTERNAÇÕES…, 2021) "Covid-19: novo estudo revela mortalidade de 50% entre hospitalizados no Norte, contra 31% no Sul"; (ALVIM, 2021) "Médicos terão que escolher quem vai viver e quem vai morrer, diz secretário de Governo do Espírito Santo"; (MARCONDES, 2020) Os títulos das matérias jornalísticas colaboram para compreender o que já foi

7 Ver: Proposta de Emenda Constitucional do Teto dos Gastos Públicos – PEC 241 (ou 55) que congelou por vinte anos os investimentos em saúde e educação previstos na constituição.

8 "O racismo é uma decorrência da própria estrutura social, ou seja, do modo 'normal' com que se constituem as relações políticas, econômicas, jurídicas e até familiares, não sendo uma patologia social e nem um desarranjo institucional. O racismo é estrutural". (ALMEIDA, 2018, p. 38)

9 "A colonialidade é um dos elementos constitutivos e específicos do padrão mundial do poder capitalista. Sustenta-se na imposição de uma classificação racial/étnica da população do mundo como pedra angular do referido padrão de poder [...] Origina-se e mundializa-se a partir da América". (QUIJANO, 2009, p. 73)

apontado no texto: os determinantes sociais de saúde (DSS) são primordiais para se compreender a saúde/saúde mental no contexto brasileiro.

A questão que ecoa, no túnel humano da quadrilha junina é "quem tá fora quer entrar, mas quem tá dentro não sai", realidade biopolítica (FOUCAULT, 1992, 2008) nutrida pelos pactos narcísicos da branquitude "a noção de privilégio com a qual as pessoas raramente querem se defrontar, transformando-a num discurso de mérito e competência que justifica uma situação privilegiada concreta ou simbólica", (BENTO, 2002, p. 46) ratificando a tese de Foucault (1992, 2008) e Carneiro (2005) de que a morte de uns favorece a vida de outros.

Contudo, resistindo e confrontando às iniquidades que um sistema capitalista, com heranças coloniais nos impõe, pensamos juntos e fazemos com, em roda! Assim, como numa festa de São João, o SUS se sustenta em alicerces de democracia e participação social; por isso, nossas rodas estão mantidas, fomentando a circulação da palavra e dos corpos, de modo aquecido e iluminado pela fogueira de Xangô.

> Intenso como cheiro de café coado no pano, o São João é festa de dentro pra fora. Principia na cozinha, ajoelha aos pés do santo, põe cadeiras nas calçadas, enfeita a rua e, de mansinho, faz morada no quintal do coração.
>
> Traz o Nordeste e sua memória atemporal… se propaga aos quatro ventos, adorna com purpurina os céus de junho, aquece as noites de inverno e deságua aqui no Cerrado. Espicha o fio da meada com gosto de agosto e explode no coração do Brasil.
>
> *Migração do encantamento, profetizando a alegria aqui, ali, acolá… Mundo afora vai a nação nordestinada, deslumbrada como um mestre santeiro diante da obra.*
>
> Tão doce como melado, tão forte feito aguardente, adubo de pura inocência somada à malícia da gente. Tem sabor de nostalgia, mas sem tristeza! …até o sentir saudade tem cor vermelha de fogo, calor de brasa ardente.
>
> Da modesta casinha sertaneja ao interior da alma; da mercearia, vitrine do paladar, ao prazer do encontro; o trago, o milho, a tapioca… formas primordiais de brindar a vida!
>
> *E no meio do caminho tem arraiais e brincantes, risadas ingênuas, olhares provocantes, abraço, suor, perfume… Poesia e enlevo no ar.*

> Mastros, fogaréu, balões, bois e bandeiras, advinhas, quadrilhas, agouros e ladainhas, cantos, danças, procissões, casamentos.
>
> *Não fosse a consciência do trabalho árduo, se poderia crer no sortilégio do fogo, como protagonista da façanha que se descortina. Um ideal concebido no sonho, investimento de vida, projeto edificado por mãos incansáveis de ofícios múltiplos, fazeres, saberes, suor e inspiração.*
>
> *Se a vida é a arte do encontro, aqui o dizer se comprova e não há mais tempo pra pensar, é se lançar de corpo e alma. E há tanta força na querência de quem troca a vida pela arte, que faz sua bagagem transbordar de festa.* Distância física e tempo cronológico? Pura invenção! Só pra domar desejos. Pois aonde se vai se leva a alma e quanto mais longe da casa primeira, mais se alcança o vivido, por isso é que O Baião mora debaixo do barro do chão, e por onde haja caminhada, lá está a canção, a loa, a pisada… Produto e memória viva do eterno forasteiro matulão. (LÉLIS, 2016, grifo nosso)

Referências

ALMEIDA, S. L. *O que é racismo estrutural?* Belo Horizonte: Letramento, 2018.

ALVIM, M. COVID-19: novo estudo revela mortalidade de 50% entre hospitalizados no Norte, contra 31% no Sul. *BBC News*, São Paulo, 15 jan. 2021. Disponível em: https://www.bbc.com/portuguese/brasil-55684985. Acesso em: 2 abr. 2021.

AYRES, J. R. C. M. *et al.* O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. *In*: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (org.). *Promoção da saúde*: conceitos, reflexões, tendências. 2. ed. rev. e ampl. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. p. 121-143.

BARBON, J.; FARIA, F. Brancos são quase o dobro dos negros entre vacinados contra COVID no Brasil. Pretos e pardos são minoria entre idosos e trabalhadores da saúde, grupos prioritários na campanha. *Folha de S.Paulo*, São Paulo, 26 mar. 2021. Disponível em: https://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/2021/03/brancos-sao-quase-o-dobro-dos-negros-entre-os-vacinados-contra-covid-no-brasil.shtml. Acesso em: 2 abr. 2021.

BENTO, M. A. S. Branqueamento e branquitude no Brasil. *In*: CARONE, I.; BENTO, M. A. S. (org.) *Psicologia social do racismo*: estudos sobre a branquitude e branqueamento no Brasil. Rio de Janeiro: Vozes, 2002. p. 25-58.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Saúde mental no SUS*: os centros de atenção psicossocial. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.174/GM, de 7 de julho de 2005. Destina incentivo financeiro emergencial para o Programa de Qualificação dos Centros de Atenção Psicossocial – CAPS e dá outras providências. *Diário Oficial da União*: Brasília, DF, 8 jul. 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de Saúde Mental. *O ofício da supervisão e sua importância para a rede de saúde mental do SUS*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular*. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Relatório de cobertura da atenção básica*. Unidade geográfica Salvador-Bahia, abr. 2020. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml. Acesso em: 28 maio 2020.

CARNEIRO, S. *A construção do outro como não-ser como fundamento do ser*. 2005. Tese (Doutorado em Educação) – Faculdade de Educação, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.

FOUCAULT, M. *Genealogia del racismo*: de la guerra de lasrazas al racismo de estado. Madrid: Las Ediciones de la Piqueta, 1992.

FOUCAULT, M. *Em defesa da sociedade*. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

FOUCAULT, M. *Nascimento da biopolítica*: curso dado no Collège de France (1978-1979).São Paulo: Martins Fontes, 2008.

FREUD, S. Além do princípio de prazer. *In*: FREUD, S. *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Tradução J. Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. 18, p. 4-41.

FREUD, S. O mal-estar na civilização. *In*: FREUD, S.*O mal-estar na civilização, novas conferências introdutórias à Psicanálise e outros textos (1930-1936)*. Tradução P. C. de Souza. São Paulo: Companhia das Letras, 2010. v. 18, p. 14-122.

GRAGNANI, J. Por que o coronavírus mata mais as pessoas negras e pobres no Brasil e no mundo. *BBC News Brasil*, Londres, 12 jul. 2020. Disponível em: https://www.bbc.com/portuguese/brasil-53338421. Acesso em: 2 abr. 2021.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. População estimada para 2020. *IBGE*, Rio de Janeiro, 2020. Disponível em: https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ba/salvador/panorama. Acesso em: 1 abr. 2021.

KAËS, R. Realidade psíquica e sofrimento nas instituições. *In*: KAËS, R. *et al.* (org.). *A instituição e as instituições*: estudos psicanalíticos. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1991. p. 19-58.

LÉLIS, C. *Poema declamado em celebração dos 10 anos do maior São João do Cerrado*. Ceilândia, DF: [*s. n.*], ago. 2016.

MARCONDES, L. 'Médicos terão que escolher quem vai viver e quem vai morrer', diz secretário de Governo do ES. *G1*, Vitória, 8 jun. 2020. Disponível em: https://g1.globo.com/es/espirito-santo/noticia/2020/06/08/medicos-terao-que-escolher-quem-vai-viver-e-quem-vai-morrer-diz-secretario-de-governo-do-es.ghtml. Acesso em: 8 jul. 2021.

MBEMBE, A. *Necropolítica*: biopoder, soberania, estado de exceção, política da morte. São Paulo: n-1 edições, 2018.

MOTA, E. Norte e Nordeste têm defasagem de leitos de UTI em relação às outras regiões do país. *UFBA*, Salvador, 16 abr. 2020. Disponível em: https://coronavirus.ufba.br/norte-e-nordeste-tem-defasagem-de-leitos-de-uti-em-relacao-outras-regioes-do-pais. Acesso em: 2 abr. 2021.

ONOCKO-CAMPOS, R. T. *Psicanálise e saúde coletiva*. São Paulo: Hucitec, 2012.

QUIJANO, A. Colonialidade do poder e classificação social. *In*: SANTOS, B. S.; MENESES, M. P. (org.). *Epistemologias do Sul*. Coimbra: Almedina, 2009. p. 73-117.

INTERNAÇÕES de crianças com COVID-19 disparam em todo o Brasil. *Rede Brasil Atual*, São Paulo, 16 mar. 2021. Disponível em: https://www.redebrasilatual.com.br/saude-e-ciencia/2021/03/internacoes-criancas-covid-19-disparam-brasil/. Acesso em: 2 abr. 2021.

SALVADOR. Secretaria Municipal de Saúde. *Documento técnico orientador para a construção da linha de Cuidado da atenção psicossocial do município de Salvador – BA*. Salvador: SMS, 2017.

SANTOS, J. A. F. Classe Social, território e desigualdade de saúde no Brasil. *Saúde & Sociedade*, São Paulo, v. 27, n. 2, p. 556-572, 2018. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/sausoc/v27n2/1984-0470-sausoc-27-02-556.pdf. Acesso em: 3 mar. 2021.

SANTOS, M. P. A. *et al.* População negra e COVID-19: reflexões sobre racismo e saúde. *Estudos Avançados*, São Paulo, v. 34, n. 99, p. 225-244, 2020. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/ea/v34n99/1806-9592-ea-34-99-225.pdf. Acesso em: 3 mar. 2021.

SOUZA, T. P.; DAMICO, J. G.; DAVID, E. C. Paradoxos das políticas identitárias: (des)racialização como estratégia quilombista do comum. *Acta Scientiarum*: Human and Social Sciences, Maringá, v. 42, p. 1-10, 2020.

VASCONCELOS, M. G. F. *et al*. Projeto terapêutico em saúde mental: práticas e processos nas dimensões constituintes da atenção psicossocial. *Interface*, Botucatu, v. 20, n. 57, p. 313-323, 2016.

VICENTIN, M. C. G. "Criançar o descriançável": a transicionalidade da infância e o paradoxo da proteção-liberdade. *ClimaCom*: Devir Criança, Campinas, ano 7, n. 18, p. 1-11, 2020. Disponível em: http://climacom.mudancasclimaticas.net.br/criancar-o-descriancavel-a-transicionalidade-da-infancia-e-o-paradoxo-da-protecao-liberdade-maria-cristina-goncalves-vicentin. Acesso em: 3 abr. 2021.

VIEIRA, P. R.; GARCIA, L. P.; MACIEL, E. L. N. Isolamento social e o aumento da violência doméstica: o que isso nos revela? *Revista Brasileira de Epidemiologia*, Rio de Janeiro, v. 23, p. 1-5, 2020. Disponível em: https://scielosp.org/article/rbepid/2020.v23/e200033/. Acesso em: 3 mar. 2021.

PECULIARIDADES DA CLÍNICA E DO CUIDADO A CRIANÇAS E ADOLESCENTES EM SOFRIMENTO PSÍQUICO

LUIZ MENA

Introdução

Primeiramente, gostaria de agradecer o convite para participar dessa roda de conversa com trabalhadores da Rede de Atenção à saúde mental infantojuvenil da Bahia, presentes em diferentes equipamentos, como nos Centros de Atenção Psicossocial (Caps), na atenção básica e no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf), para refletirmos sobre a clínica de crianças e adolescentes. Incluo nessa reflexão o momento atípico em que vivemos por conta da pandemia da covid-19. O isolamento social está durando tempo demais, gerando muita angústia por conta das restrições e impedimentos de circulação e contato que acabam obstruindo o acesso às soluções sintomáticas mais variadas, como, por exemplo, a academia, o shopping, os esportes, o contato com a rua, mas, principalmente, acabam restringindo a possibilidade de contato social. Minha intenção é incluir essa contingência em nossa reflexão, pois ela também tem afetado as maneiras possíveis de cuidado e tratamento.

Este texto é a junção das ideias apresentadas na discussão com os trabalhadores da Rede com alguns pontos levantados pelos próprios técnicos, debatidos na roda de conversa "Peculiaridades da clínica e do cuidado a crianças e adolescentes em sofrimento psíquico",[1] e está organizado em dois eixos principais: o eixo clínico e o eixo político.

1 Roda de conversa, realizada no dia 17 de agosto de 2020, no Programa Emergencial de Extensão Pensar junto, Fazer com: saúde mental em tempo de covid-19.

Isolamento social

Nossa existência está atravessada pela pandemia da covid-19, impondo uma modificação em nossos modos de ser no mundo. A partir dessa contingência, destaco duas consequências gerais: a primeira é a imposição de um rigoroso isolamento social, ainda que cada um tenha implementado esse isolamento a seu modo, uns com mais rigor que outros. Esse isolamento generalizado repercute sobre todos, impondo mudanças radicais em nossas rotinas e em nossos modos de circulação, interferindo nos modos de fruição da vida, nos laços sociais, nos modos de ganhar dinheiro e nos modos de aplacar o sofrimento.

A outra consequência que surgiu com o isolamento social foi a hiperconvivência familiar. Sem escolas abertas, sem creches, com muitos serviços suspensos, com trabalhos *on-line*, a rotina das casas se modificou por completo, impondo uma convivência intensa, com uma exigência de proximidade excessiva, que não permite uma regulação satisfatória dessa distância. Não por acaso, o número de divórcios cresceu exponencialmente durante a quarentena. (POR QUE…, 2020)De alguma maneira, essas duas situações não são novas para quem trabalha em Caps, pois é assim que muitos de seus pacientes chegam: com um isolamento social importante e com uma convivência predominantemente familiar, ou excessivamente familiar. Dentro da própria família, essa circulação social pode se apresentar ainda mais restrita, quando se resume somente à convivência com a mãe, como é o caso de crianças com transtornos mais graves.

Então podemos considerar que essas duas situações, que para a população em geral são contingentes por conta da pandemia, são situações cotidianas em um Caps. Mas, em um Caps, elas podem ser lidas de outra maneira, de maneira clínica. Elas traduzem duas operações fundamentais para a constituição subjetiva de uma criança, que Lacan (1999) chama de *alienação* e *separação*. É sobre elas que eu gostaria de propor uma reflexão, para extrairmos dessas duas operações algumas consequências que possam nos ajudar a ler o trabalho oferecido nos Caps. Então, vou aproximar as duas situações contingentes trazidas pela pandemia com essas duas operações, traduzidas nesse binômio: excesso de família e pouca circulação social.

Alienação e separação

A primeira operação, que Lacan chama de alienação, descreve a colagem da criança com a mãe. Essa colagem é fundamental para a criança em vários sentidos. A mãe

precisa estar conectada à criança, não somente para amamentá-la, mas para que a criança saiba quem é através do desejo desse adulto que cuida dela, que constrói para a criança um corpo, um nome, um lugar no mundo.

A alienação é a operação de filiação da criança a um mundo específico no qual ela nasceu, a uma cultura específica. Nós reproduzimos essa operação de alienação quando ajudamos a criança na apropriação do próprio corpo, da própria identidade, da própria cultura, ensinando a cantar as músicas do São João ou a desenhar o coelhinho da páscoa. Até cantar "Parabéns pra você" tem a ver com essa alienação: alguém por acaso sabe o que significa "é pique, é pique, é pique pique pique"? Ninguém sabe, mas todo mundo repete, e ensinamos isso para as crianças mesmo sem sabermos o que isso significa. Porque essa é uma forma de alienar essa criança a uma cultura que é a nossa, na qual a gente foi inserido um dia, para reconhecê-la também como pertencente, como integrante dessa tradição, como representante dessa cultura. Ensinar uma cultura e seus elementos a uma criança é aliená-la, dando a ela uma borda, um contorno, uma identidade, um sentido, um lugar de existência no mundo.

Mas essa alienação produz uma dependência afetiva que precisa ser, aos poucos, superada, para fazer com que a criança sinta curiosidade pelo resto do mundo, levantando a cabeça dos seios da mãe, da proteção da família, fonte de alimento e aconchego, e direcionando os olhos para fora. Então, se a operação de alienação é necessária para uma criança existir, Lacan coloca que uma segunda operação é também fundamental: a operação de descolagem da criança desse seio materno, a chamada separação.

Em instituição, nós tentamos reproduzir artificialmente essas duas operações, que visam a transformação do ser humano em sujeito. Ambas estão ligadas nessa passagem do microcosmo familiar ao mundo compartilhado, como uma ponte que inaugura o sujeito para o Outro.

Essa operação de separação permite que a criança continue o resto da construção da própria identidade, agora com os elementos que vêm de fora de casa: do mundo, da escola, da rua, do Outro, e que são fundamentais para a construção da própria identidade, na relação que cada um estabelece com o mundo, necessária para nossa saúde mental. Cada um de nós precisa do mundo pra se constituir como sujeito, porque a identidade alienada que vem da família é insuficiente para nos reconhecermos em nossa singularidade. Há elementos no mundo que incorporamos à nossa identidade para podermos dizer quem somos. Ou seja, a identidade não vem só da família: o mundo e seus elementos servem de complemento ao que vem dela.

Então, o processo de constituição subjetiva ocorre em duas etapas complementares e fundamentais: uma parte vem da família, restrita ao universo doméstico, aos significantes de dentro de casa, e a outra vem de fora, do mundo, dos significantes do Outro.

Qualquer processo de tratamento em saúde mental deve abarcar necessariamente essas duas perspectivas: uma contribui com elementos de construção do sujeito, no processo conhecido como alienação; a outra é externa, precisa das trocas e da circulação, e implica o processo de reconhecimento do sujeito pelo Outro, no processo conhecido como separação.

É por isso que o tratamento em saúde mental não consegue se efetivar somente dentro dos muros de um manicômio, de um hospital psiquiátrico ou mesmo de um Caps. A circulação pelo mundo é fundamental e necessária, pois ela costura a apropriação do sujeito à própria identidade, dando sentido a ela.

Em instituição, fazemos essas duas operações: ajudamos a criança desestruturada na construção das bordas do seu corpo e da sua identidade, reconstruindo etapas da alienação. Mas também a ajudamos a se independer, a ganhar autonomia, a circular pela cidade, a pedir uma água sem precisar da mãe ou do psicólogo para isso, podendo ser reconhecida em sua dimensão de sujeito, que pode se dizer de sua própria perspectiva “eu sou, eu gosto, eu quero”.

Compartilhando experiências

Durante a roda de conversa, alguns técnicos trouxeram suas experiências com relação ao problema clínico trazido de que, por conta da pandemia, estaríamos vivendo um excesso de alienação (excesso de família) e pouca separação (pouca circulação). Alguns constataram realmente que o isolamento imposto pela pandemia aumentou o isolamento que algumas famílias e pacientes já apresentavam, mas muitos trouxeram um contraponto otimista, tomando a contingência como uma oportunidade.

Como o isolamento está sendo diferente em cada família, as equipes têm conduzido os tratamentos de formas diferentes, a depender da situação de cada uma. Muitos trouxeram o relato de que os tratamentos foram otimizados por conta dos atendimentos *on-line*, que possibilitaram uma intensificação no cuidado, com uma possibilidade de participação e de engajamento mais frequente. Com um contato mais frequente do que era possível no modo presencial e, muitas vezes, com uma participação mais ativa, crianças e adolescentes que, muitas vezes, apresentavam dificuldades para sair de casa e ir até o Caps puderam contar com a modalidade de

tratamento à distância, que se por um lado cerceava a interação, por outro, multiplicava as opções de contato.

Uma das psicólogas relatou que o contato com a equipe estava sendo fundamental, pois as crianças e adolescentes restritos de vínculos e de circulação social depositavam nesses contatos uma das poucas possibilidades de relação com o mundo externo, mesmo que esse fosse somente através de uma tela, por chamada de vídeo ou por mensagens de texto.

Pode parecer pouco, mas reconhecemos que às vezes nem isso é possível: quando o olhar do Outro fica muito invasivo durante o atendimento, desligamos as câmeras, e ficamos só com o áudio. Quando a ligação por voz também fica excessiva, trocar mensagens de texto ainda resta como um recurso possível. E quando as mensagens pesam e o sujeito trava? Ainda assim o atendimento pode se realizar, principalmente com crianças, através da troca de figurinhas e *emojis*.

Ou seja, essas limitações e os diferentes recursos que colocamos em cena em um atendimento *on-line* possibilitam o exercício de aproximações e recuos do Outro. Muitas vezes, é o tratamento dessa distância que pode tornar possível a um sujeito existir. Talvez isso nos ajude a perceber que grande parte do tratamento em saúde mental seja exatamente isso: ajudar o sujeito a gerenciar as aproximações e recuos do Outro, até que ele consiga encontrar a boa distância.

Como nem tudo são flores, os técnicos também relataram dificuldades nos atendimentos on-line. Às vezes, os atendimentos sofrem uma interferência excessiva das famílias, outras vezes, sofrem da falta de contato físico, de olho no olho, do uso do corpo, do uso do espaço, impedindo outras ferramentas lúdicas que não dependam tão decisivamente da palavra e do olhar, os únicos recursos presentes em um atendimento *on-line*. Mas, em geral, os técnicos trouxeram uma experiência positiva com esse tipo de atendimento.

Eixo político

A política de Saúde Mental no Brasil é pautada por diretrizes, parâmetros técnicos e regulamentações que se articulam entre si. Ela se baseia em quatro diretrizes fundamentais: a Lei nº 10.216/2001, a Portaria nº 336/2002, o relatório da IV Conferência Nacional de Saúde Mental (2010), e a Portaria nº 3.088/2011. Juntas, elas trazem um conjunto de orientações para a área da saúde mental que são o resultado de muitos anos de debates, pactuações, publicações, pesquisas científicas, embates políticos, e que contaram com uma participação coletiva de técnicos, gestores, usuários, familiares e movimentos sociais ao longo dos últimos trinta anos.

Dessas diretrizes, irei destacar quatro pontos que me parecem fundamentais, indicando, ainda, o contexto em que estamos na cidade de Salvador e tomando-a como exemplo para tentarmos extrair algumas consequências gerais.

1) A partir da Lei nº 10.216, o cuidado, acolhimento e tratamento em saúde mental passaram a ser realizados prioritariamente em espaços abertos, de base comunitária e territorial. A Portaria nº 336 deu um nome a esses espaços, Caps, determinando ainda as condições para sua implantação, atualizadas pela Portaria nº 3.088. Desse modo, para uma população de mais de 3 milhões de habitantes que temos em Salvador, precisaríamos de quinze Caps infantojuvenis, e não de dois, como temos atualmente.[2] Com só dois CAPSi em uma cidade de 3 milhões de habitantes não é possível executar um trabalho de Caps tal qual ele foi projetado, pois o Caps trabalha com projetos de base territorial: ir ao mercado do bairro em que a criança mora, na escola da esquina de sua casa, na praça da rua de trás. O laço com o território é um dos fatores de promoção de saúde mental, pois o ser biopsicossocial se articula em um espaço determinado e vetorizado, do qual extrai sentido e com o qual tem sua existência conectada.

Com dois CAPSi em Salvador, o trabalho se torna essencialmente ambulatorial, pois, com grande demanda, o serviço precisa otimizar os atendimentos: normalmente, um atendimento em grupo de uma hora por semana passa pelo médico para trocar a receita do remédio e vai embora. Muitas vezes, sem nem usar o banheiro, que é capaz de ainda estar interditado.

2) Os recursos da "clínica tradicional" se mostraram insuficientes em saúde mental, limitada ao médico, a uma terapêutica essencialmente medicalizante e a espaços de isolamento como recurso terapêutico, no famoso tripé "médico-remédio-manicômio". Essa clínica tradicional leva à perda das capacidades cognitivas, emocionais, relacionais, e torna as pessoas cada vez mais incapacitadas, dependentes, isoladas e desadaptadas para a vida, além de gerar sofrimento.

O cuidado em saúde mental avançou, sendo atualmente realizado por uma equipe multiprofissional. A chamada "clínica ampliada" (BRASIL, 2009) conta hoje com mais de doze diferentes profissões da área da saúde que fazem parte da área de saúde mental, e elas estão presentes nas portarias e diretrizes que compõem a política de saúde mental no Brasil, em um cuidado coordenado e multidisciplinar. Mas com somente dois CAPSi em Salvador, um inchaço nos serviços e com recursos

2 Ver o capítulo neste livro "Reforma psiquiátrica brasileira e mapeamento pré-pandêmico em redes de saúde mental do Salvador/BA: a rede que temos, o modelo de assistência possível", de Marcelo Magalhães Andrade, Bianca Santos, Francisco Pereira, Bianca Magalhães e Clafylla Oliveira, que descreve mais detalhadamente a referida rede de saúde mental.

insuficientes, fica difícil trabalhar de forma adequada, como regulamentam as portarias. O que sobra? Medicar, porque a situação atual, de precarização, impossibilita o oferecimento dos outros recursos terapêuticos preconizados pela própria política de saúde mental.

3) O tratamento oferecido nos Caps depende de um espaço físico adequado para poder oferecer as alternativas necessárias para a circulação das crianças e adolescentes em tratamento. Essa circulação deve ser compreendida em toda sua extensão: uma circulação por diferentes atividades, uma circulação pelos diferentes espaços da casa, uma circulação pelos diferentes técnicos. Ela visa permitir que a criança possa circular por uma "montagem institucional", (KUPFER, 2000) construindo formas possíveis de se beneficiar do laço social, da organização espacial, da organização temporal. Assim, um Caps necessita de uma casa com salas de atendimento individual e em grupo, de jardim, de áreas abertas e fechadas para atividades dirigidas, semidirigidas e não dirigidas, de cozinha, de refeitório, sala de descanso, de brinquedos, instrumentos musicais, materiais gráficos etc. A casa é essencial em um projeto Caps, pois ela possibilita que uma montagem institucional possa ser colocada em cena. Sem uma casa adequada, eu não tenho um Caps, mas sim um ambulatório de saúde mental, que oferece atividades pontuais e desarticuladas entre si.

4) Na verdade, o tratamento de saúde mental não acontece somente no Caps, esse é só o passo inicial. Um Caps sozinho não faz verão, ele precisa de uma rede articulada, da qual ele é somente um pedaço. A partir da Portaria nº 3.088/2011, os Caps passaram a fazer parte de uma rede interligada de equipamentos distribuídos em sete componentes diferentes, integrando a Rede de Atenção Psicossocial (Raps).

Mas podemos ir mais longe: se observamos que os Caps fazem parte de uma rede maior, chamada Raps, devemos notar que a própria Raps também faz parte de uma rede de saúde mental maior, que se estende necessariamente para além do campo da própria saúde, em uma rede intersetorial que também engloba a educação, o serviço social, o esporte, a cultura etc. Nessa trama, os Caps ocupam o papel de articuladores da rede, dependendo de vários outros equipamentos para sua efetivação.

Assim, sem uma rede, o Caps pode acabar virando um depósito ou um ambulatório, se ele não tiver as parcerias institucionais necessárias para articular o tratamento. Sem a circulação por uma rede, não há tratamento, há confinamento. O tratamento em saúde mental não é possível em um equipamento único, nem se ele for um bom lugar, pois isso impede a circulação, e é exatamente a circulação que possibilita o reconhecimento do estatuto de sujeito pelo Outro.

Além disso, a saúde mental não está presente em um único campo da vida, ela está espalhada por diferentes aspectos da vida, espalhada pelo mundo: um pouco de

escola, um pouco de trabalho, um pouco de namoro, um pouco de atividade física, um pouco de música, um pouco de dança, um pouco de família, um pouco de amigos, um pouco de dinheiro, um pouco de comida etc. Nossa saúde mental reflete um conjunto de diferentes fatores, dos quais nos valemos para nos reconhecermos e para circularmos pelo mundo. Ou seja, para a promoção, tratamento e prevenção em saúde mental é necessária a circulação por uma rede intersetorial.

Articulação da rede

Como articulamos essa rede intersetorial, para que o tratamento em saúde mental possa ser efetivado? Pensamos em três maneiras diferentes.

A primeira maneira é a maneira lógica, oficial: nos guiamos pelos equipamentos concernidos nas portarias, solicitando, de maneira formal, que a gestão envie um ofício a todos os equipamentos, que organize uma agenda de reuniões, que providencie o fechamento dos serviços nos dias dessas reuniões, que disponibilize recursos de matriciamento e supervisão e que ofereça cursos de capacitação em saúde mental.

Esse tipo de articulação funciona no papel, mas na prática, não. Primeiro, porque os governos não têm a saúde mental como prioridade e não bancam uma agenda de reuniões e capacitações. Segundo, porque os equipamentos já se encontram normalmente sobrecarregados pela falta de estrutura, deficitários por conta de uma precarização cronificada pelo não repasse de recursos. Com uma estrutura normalmente funcionando de maneira precária, com falta de profissionais, é normal os serviços não quererem liberar seus profissionais, pois ficariam impossibilitados de funcionar. Por isso, muitas vezes, são os próprios profissionais que boicotam essas tentativas que sentem como estéreis, quando vêm determinadas de cima pra baixo, por saberem que essa articulação oficial é normalmente "fogo de palha" e que serve somente, na maioria das vezes, para tirar foto, para uma prestação de contas forjada pela gestão. Destinada a interesses politiqueiros, não responde a um planejamento técnico a longo prazo para a área de saúde mental. Ou seja, a politicagem inviabiliza a política, quando essa politicagem dos gestores se coloca como um entrave para a articulação política entre técnicos, serviços e usuários.

Talvez possamos pensar em outro tipo de articulação, uma articulação de técnico para técnico, não de instituição para instituição. Nesse sentido, o contato entre as instituições poderia ser pessoalizado, afastando-se de seu aspecto formal, frio, impessoal. Desse modo, os profissionais poderiam ligar para o outro serviço para falar com um técnico específico, no sentido de travar uma relação de técnico para

técnico. Assim, os encaminhamentos poderiam ser facilitados, se conhecêssemos uns aos outros pelo nome e se pudéssemos explicar o caso no "um a um", sem passar pelas instâncias burocráticas de controle e poder, essas que estão muito longe das pessoas e de seus nomes. Ou seja, uma articulação que não passasse pela gestão. Não por uma anarquia especial, mas simplesmente porque o Outro, esse que deveria colocar ordem nas coisas como um grande Pai, não responde, não resolve, porque ele, na verdade, não existe. (MILLER, 2005) Apesar de parecer boa, essa solução causa outro problema: a pessoalidade excessiva dos encaminhamentos pode causar um enfraquecimento dos serviços, pois se aquela pessoa com quem mantemos um contato direto sai do serviço, ela leva embora com ela a construção da rede. Depender assim das pessoas, ao invés de construir procedimentos, critérios impessoais para a circulação dos pacientes, um fluxo institucional que poderia funcionar mesmo na ausência de um técnico específico, pode causar o mesmo enfraquecimento da rede que relatamos anteriormente.

Um dos participantes da roda de conversa ilustrou um terceiro modo de articulação da rede, a partir da experiência que teve no CAPSi em que trabalha. Ele relatou que conseguiram montar uma pequena rede e que essa articulação aconteceu por acaso, por conta das necessidades de um paciente. Esse paciente frequentava o Caps, e em algum momento precisou ir a algum outro atendimento, em outro serviço. Essa circulação obrigou os técnicos a acompanharem o paciente, a entrarem em contato com o outro serviço. Desse primeiro ponto de contato surgiram outros, fazendo com que esses equipamentos conseguissem se articular a ponto de estabelecerem uma agenda regular de encontros, discussões clínicas e outras atividades. Essa experiência nos ensina que é a circulação dos pacientes o que faz a rede se articular, não a boa vontade da gestão, nem a boa sociabilidade dos técnicos.

Quando renunciamos ao ideal, percebemos que não existe uma rede única, tal como a legislação define, feita de teorias e portarias. Em seu lugar, encontramos infinitas redes, tecidas com afetos, experiências, lugares, pessoas, uma para cada sujeito. São os pacientes que forçam a articulação da rede, na medida em que cada um busca a construção de sua própria rede, na qual possa circular e ser reconhecido como sujeito.

Nesse sentido, a construção da rede de que falamos deve ser compreendida no plural, ou seja, uma rede para cada sujeito, mesmo que essas redes singulares se encontrem em diferentes pontos de contato, interligando experiências que se atravessam, se influenciam, se comunicam. Dito de outro modo, devemos mapear e identificar os pontos de referência significativos para cada paciente, ajudando a desenhar uma rede onde cada um se constrói sujeito e pode ser reconhecido em sua singularidade, colocando nela as pessoas significativas, os pontos de vivência, os pontos de afetividade, ajudando a construir a rede de cada um.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*: Brasília, DF, 2011. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acesso em: 16 jul. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. Dispõe sobre Modalidades, Organização e Funcionamento dos CAPS. *Diário Oficial da União*: Brasília, DF, 2002. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html. Acesso em: 16 jul. 2021.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Humaniza SUS*: Clínica ampliada e compartilhada. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_compartilhada.pdf. Acesso em: 16 jul. 2021.

BRASIL. Presidência da República. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. *Diário Oficial da União*: Brasília, DF, 2001. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm. Acesso em: 16 jul. 2021.

KUPFER, M. C. M. *Educação para o futuro*: psicanálise e educação. São Paulo: Ed. Escuta, 2000.

LACAN, J. *O Seminário, livro 5*: as formações do inconsciente (1957-58). Rio de Janeiro: Zahar, 1999.

MILLER, J.-A. *El Otro que no existe y sus comités de ética*. Buenos Aires: Paidós, 2005.

POR QUE os casos de divórcio aumentaram durante a quarentena? *Terra*, [*s. l.*], 19 jun. 2020. Disponível em: https://www.terra.com.br/noticias/por-que-os-casos-de-divorcios-aumentaram-durante-a-quarentena,b455f31c65996a284dff6230719feb8azphu1tyh.html. Acesso em: 16 jul. 2021.

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. Conselho Nacional de Saúde. *Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental*. Brasília, DF: Conselho Nacional de Saúde: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio_final_4_conferencia_saude_mental.pdf. Acesso em: 16 jul. 2021.

CUIDADO A CRIANÇAS E SUAS FAMÍLIAS EM TEMPOS DE PANDEMIA

a experiência do projeto de saúde mental brincando em família

NIARA QUERINO • ELISABETE REIS
NARLA FERNANDES • VANIA BUSTAMANTE

No presente capítulo, apresentaremos um relato das atividades desenvolvidas no projeto de saúde mental Brincando em Família durante um ano do período pandêmico, que se iniciou em março de 2020. O referido projeto, cuja história e fundamentos foram apresentados em outro momento deste livro, completou dez anos em agosto de 2020, como atividade permanente de ensino, pesquisa e extensão da Universidade Federal da Bahia (UFBA). Em janeiro de 2020, um novo ano letivo inicia-se e, mais uma vez, o Brincando em Família recomeça suas atividades oferecendo um espaço de cuidado em saúde mental, que pode ser livremente frequentado por crianças e suas famílias, aberto em dois turnos por semana, na Biblioteca Infantojuvenil Monteiro Lobato, no bairro de Nazaré, em Salvador.

Em março de 2020, o funcionamento habitual ficou impossibilitado com a pandemia de covid-19, iniciada na China em dezembro de 2019, que chegou ao Brasil em fevereiro de 2020. A UFBA suspendeu suas atividades presenciais, e a biblioteca Monteiro Lobato fechou suas portas. Ao mesmo tempo, o Conselho Regional de Psicologia do Estado da Bahia deliberou a necessidade de suspensão dos atendimentos presenciais, recomendando o atendimento *on-line*.

A partir disso, foi necessário elaborar algumas estratégias, pois não poderíamos deixar de prestar o atendimento aos nossos usuários. Algumas das questões que

se apresentaram para a equipe foram: Como vamos ofertar o Brincando em Família na modalidade *on-line*? Como um projeto que acolhe crianças e suas famílias em um espaço físico único poderia continuar ofertando cuidado no modo remoto? Como brincar, conversar, escutar, interagir e promover saúde mental sem o "corpo a corpo" tão característico de nossa prática? Como se haver estando no olho do furacão, dentro do fenômeno, e transformar o assombro em matéria-prima para continuar remando, mesmo que contra uma correnteza de proporções ainda inimagináveis? Essas e muitas outras questões foram as molas que impulsionaram a busca pela continuidade do acolhimento às crianças e suas famílias. O diálogo com produções de organizações nacionais e internacionais sobre o enfrentamento à pandemia foi importante.

Inicialmente, é preciso reconhecer que emergências, como a pandemia da covid-19, exigem movimentos rápidos e colaborativos no enfrentamento dos desafios causados pelos impactos na saúde mental. (KABAD et al., 2020) As medidas de distanciamento social necessárias para o seu enfrentamento podem intensificar o sofrimento de crianças e adolescentes, (UNITED NATIONS, 2020) de maneira que o apoio psicossocial deve fazer parte fundamental das respostas governamentais à covid-19. Será necessário, inclusive, ampliar o alcance de serviços territoriais que considerem as peculiaridades de crianças, adolescentes e suas famílias. (SURJUS, 2020) Em março de 2020, o Comitê Permanente Interagências (2020) produziu recomendações sobre saúde mental e apoio psicossocial em emergências humanitárias, tendo como base um sistema em níveis de apoio complementares, tal como ilustrado na Figura 1.

Figura 1 – Pirâmide de intervenções em saúde mental e apoio psicossocial

Fonte: Comitê Permanente Interagências (2020).

Surjus (2020) destaca que, no Brasil, a implementação desta pirâmide deve incluir: medidas de proteção financeira, ampliação de serviços e ações do Sistema Único da Assistência Social (Suas), ofertas remotas de cuidado vindo de equipamentos da Rede de Atenção Psicossocial (Raps), incluindo os Centros de Atenção Psicossocial (Caps), Unidades Básicas de Saúde, Núcleo de Apoio à Saúde da Família, unidades de acolhimento, serviços de urgência e emergência, entre outros. Assim, em diálogo com as recomendações sanitárias e psicossociais mencionadas, o projeto Brincando em Família procurou construir ofertas de cuidado na modalidade remota.

Grupo de WhatsApp "Brincando em Família On" e contato mensal

No começo, a criação de um grupo de WhatsApp foi a saída possível para continuar, de alguma forma, acolhendo essas famílias. A força tarefa inicial foi a de entrar em contato com mais de 190 famílias, que passaram pelo projeto entre os anos de 2019 e 2020. Nesse contato, buscamos ratificar nosso compromisso e disponibilidade de cuidado e atenção, e convidamos as famílias a fazer parte do grupo de WhatsApp "Brincando em Família On".

Inicialmente, a adesão ao mencionado grupo foi de 20% do número total das famílias contatadas. A ação, que se repete a cada mês, promove mais adesões ao grupo; a equipe de acolhedoras, nesse novo contexto, também cresce; agora não são só as psicólogas que mediam esse grupo, extensionistas vão se juntando a nós. É preciso pontuar aqui que, para cada acolhedora da equipe, foi deixada a escolha de participar ou não dessa nova proposta de trabalho, entendendo e respeitando o desejo, a disponibilidade e as limitações de cada uma e cada um, nesse momento delicado.

Nos meses que se seguiram desde o primeiro contato, um monitoramento era realizado mensalmente, a fim de avaliar e orientar a equipe quanto aos desdobramentos do acompanhamento. Algumas famílias apenas agradeciam o contato, outras traziam suas dificuldades e solicitavam acompanhamento, outras relatavam os desafios, mas não solicitavam acompanhamento, e algumas famílias apenas visualizavam a mensagem sem responder. Para registro e sistematização dos contatos mensais, foi criada uma planilha e um sistema de códigos. A reflexão sobre o quanto esse trabalho estaria sendo necessário era constante. O grupo "Brincando em Família On", no WhatsApp, já estava ativo e a cada mês, após o contato mensal, outras famílias faziam esse movimento, de entrada no grupo, ou sinalizavam uma demanda por escuta individual.

Se antes a disponibilidade do projeto limitava-se a uma manhã e uma tarde de trabalhos, agora se estende ao dia a dia. De forma remota, desde março de 2020,

estamos acolhendo, conversando e brincando com essas famílias. O trabalho no grupo procura promover, nesse espaço, um ambiente de compartilhamentos e trocas de “experiências respeitosas e solidárias”, como pontua nossa mensagem de “boas-vindas” às famílias que vão chegando ao grupo On.

De segunda a sábado, das 9h às 21h, uma dupla de acolhedoras fica disponível para as possíveis mediações e intervenções no grupo. Ser presente no grupo é mais do que estar *on-line* à disposição. A presença de uma acolhedora, que tem como premissa o cuidado, norteia-se pelo que Luiz Claudio Figueiredo (2007) chama, dentro da sua “metapsicologia do cuidado”, o revezamento entre momentos de presença implicada e momentos de presença reservada. Estar em “presença implicada” envolve movimentos de sustentar e conter, assim como reconhecer e também interpelar e reclamar. Na modalidade de sustentar e conter, o outro se apresenta como ambiente que acolhe, hospeda e sustenta. O reconhecer apresenta-se em dois níveis (o de testemunhar e o de refletir/espelhar) que envolvem “ser capaz de prestar atenção e reconhecer o objeto de cuidado no que ele tem de próprio e singular, dando disso testemunho e, se possível, levando de volta para o sujeito sua própria imagem”. (FIGUEIREDO, 2007, p. 18) Já no interpelar e reclamar, o agente de cuidados interpela, reclama, confronta e dá limites, e nesse processo mostra os fatos da existência, como a morte, a lei, a alteridade. Nesse momento, o outro chama o objeto de cuidado à vida e exige respostas. Para Figueiredo (2007, p. 20), a coexistência e o equilíbrio entre essas três modalidades de cuidado possibilitam que se instale a “capacidade de fazer sentido no indivíduo”.

De maneira complementar, o cuidado exige também uma presença reservada, em que o cuidador oferece ao sujeito um espaço criativo para exercitar sua capacidade para brincar, fantasiar, pensar e criar o mundo de acordo com suas possibilidades. A alternância dessas presenças é fundamental para o cuidado integral. (FIGUEIREDO, 2007) Estar em presença implicada ou reservada, dentro de um espaço coletivo virtual, requer uma escuta atenta sobre o funcionamento do grupo como um todo, o que nos convoca a uma observação constante e cuidadosa: perceber como cada família participa (ou não) do grupo. Há famílias que participam e interagem quase sempre, outras que pouco se colocam. Nesse caso, como manejar nossa presença, diante de um “outro” que está ali, mas não interage conosco? Observar como nós presentificamos nessas relações leva a pensar, também, sobre o desafio do manejo transferencial entre a equipe e as famílias. É preciso considerar que a maioria desses frequentadores já tinha uma forte vinculação ao projeto e, em alguns casos, vinculação a uma acolhedora especifica também. Alguns desses vínculos vêm sendo renovados, outros fortalecidos, e muitos estão em construção.

O grande desafio é sempre lidar com o que aparece de "novo", seja uma pergunta sobre o uso ou não de determinada medicação, ou desabafo sobre a dificuldade de organizar a rotina da casa, ou mesmo quando o grupo fica silencioso, nesses momentos devemos estar atentas a nossa presença em reserva e acolher também os silêncios, pois eles podem ser efeito de muitas coisas que não damos conta, ainda, de avaliar nem mensurar.

Não por acaso, estamos sob constante supervisão, visto que a equipe mantém um grupo de WhatsApp, o "Acolhedoras com-vida", que acompanha o movimento das famílias do grupo "Brincando em Família On", em que, a depender do que surge, são discutidas, em tempo real, as possibilidades de intervenção. Isso dá suporte às acolhedoras com menos experiência na equipe e promove diálogos construtivos, que retroalimentam e fomentam novas ações.

A equipe do Brincando mantém as reuniões semanais de estudo e supervisão *on-line*. Estudamos teorias que sustentam nossa prática e discutimos temas como: relações raciais, gênero, violência e outros que emergem da nossa realidade social. São construídas também reflexões sobre os manejos e possibilidades do cuidado que ofertamos. Na supervisão, também são construídas parcerias com outros profissionais e docentes que eventualmente são convidados a trazer para a equipe temas que são relevantes para o processo de trabalho. O espaço da supervisão configura um lugar de acolhimento e cuidado para a própria equipe que compartilha e divide as alegrias, o cansaço, os êxitos e os limites da atuação.

Brincando em família no Zoom

No mês de setembro, iniciamos um novo espaço de cuidado: grupos com horários marcados na plataforma Zoom. Para essa ação, reservamos dois dias na semana, segunda e quinta-feira. Para as segundas-feiras, foi criado um grupo direcionado às pessoas adultas, cuja proposta é abrir mais uma opção de cuidado para conversar, brincar, trocar experiências, dividir angustias, partilhar estratégias, fortalecer os vínculos e construir, em conjunto, um suporte coletivo. Nessa perspectiva, buscamos exercer a função de continência: acolher, transformar e devolver as aflições ou, como Bion formulou, se colocar no estado de *rêverie*, onde a figura que materna sente o impacto, contém e devolve de forma modificada. (ALVAREZ, 2020) Com a imagem do guarda-chuva como ilustração de acolhimento, criamos nosso convite semanal, para o que denominamos de forma carinhosa de "GGG – Grupo de Gente Grande", com o intuito de caracterizar nossa roda de conversa com os adultos das famílias. No dia 14 de setembro de 2020, das 18h às 20h se realizou o primeiro encontro.

Embora possamos admitir que o trabalho em grupo está dentro das práticas interventivas do Brincando em Família no seu contexto presencial, é só com a criação dos grupos no Zoom que certa compreensão e direção de trabalho puderam ser vislumbradas. Nesse sentido, um dos desafios atualizados é pensar em manejos que possam acolher as singularidades, trabalhando com e no coletivo, e quais pressuposições teóricas, dentro da abordagem psicanalítica, podem contribuir para esse novo enquadre de trabalho.

Presencialmente, o trabalho em grupo se dava através do brincar coletivo entre adultos e crianças, nas oficinas que oferecíamos e nas conversas em volta da mesa (onde eram dispostos materiais para desenhar, colorir, e jogos de tabuleiro), um movimento bastante livre, dentro de um espaço de convivência, onde o acolher e o brincar eram, por si só, a estratégia interventiva de cuidado. Na modalidade virtual, o trabalho junto ao coletivo ganha novos contornos que, de certa forma, inauguram, se não uma nova modalidade de acolhimento, uma nova possibilidade de incrementar a nossa aposta terapêutica/analítica: a "circulação da palavra", que permite, àquele que fala, vislumbrar outros dizeres sobre si, para além dos que já estão postos.

Os encontros no grupo do Zoom têm propiciado a construção de um espaço mais reservado à escuta dos adultos, sobretudo das mulheres, o que nos parece, e tem sido, de grande valia para vinculação delas a esse espaço. Em umas das falas, umas das mulheres que participava do encontro disse: "*Estava mesmo precisando de um espaço mais reservado para a gente conversar sem a presença das crianças*"; sua fala, endossada pelas outras mulheres que estavam presentes nesse dia, encoraja-nos a dizer que o trabalho em grupo no Zoom tem sido um importante dispositivo para a promoção do cuidado a essas famílias. A oferta desse espaço também vem contribuindo, de certa forma, para que as queixas, geralmente muito pautadas nas crianças, deem lugar para uma fala mais sobre si.

No grupo com os adultos, podemos nortear nosso trabalho a partir de certa perspectiva sobre o cuidado que está presente nas nossas práticas através dos aportes de Figueiredo (2007, p. 15), que nos mostra que a relação entre aquele que cuida e aquele que recebe cuidado é atravessada por processos que promovem efeitos terapêuticos, "proporcionando as pessoas uma possibilidade de fazer 'sentido' de sua vida e suas vicissitudes, estabelecendo ligações, dando forma sequência e inteligibilidade aos acontecimentos". Nesse sentido, a teoria geral do cuidado, do autor citado, nos ajuda a perceber como a nossa presença como agentes do cuidado vem contribuindo para que as pessoas que participam do grupo GGG vivenciem uma experiência de integração nesse espaço.

Para Winnicott, "todo ser humano possui uma tendência inata para o amadurecimento [...] do ser, como definiu bem o autor, 'a linha da vida', que se inicia, prova-

velmente, antes do nascimento efetivo do bebê". (CONTURBIA, 2017, p. 20-21) Para que o amadurecimento possa fazer o seu curso, todo humano precisa ser acolhido e cuidado por outro humano. Sem tal relação, seria impossível a continuidade da vida, pois "desde o absoluto início a necessidade fundamental do ser humano consiste em ser e continuar a ser". (DIAS, 2003, p. 96) Se por um lado é preciso a presença de um agente de cuidado, por outro, um ambiente facilitador para esse cuidado é fundamental. O que o grupo no Zoom tem sido é esse espaço.

Para pensar como esse grupo vem operando e como esse trabalho vem sendo acolhido (e desenvolvido) por suas(seus) participantes, temos como referência a participação de uma das mulheres que frequenta os encontros com relativa assiduidade. Marta é uma mulher negra, de pele clara, mãe de Marcos e Carlos (ambos de 7 anos), que esteve na sala do projeto apenas uma única vez, no ano de 2019. Marta, juntamente com seus filhos, forma uma das famílias que mais aderiram à proposta do Brincando On, que permitiu importante vinculação ao projeto nesse ano de pandemia. No meado do ano, Marta busca, junto a equipe, um acompanhamento individual, que foi disponibilizado a ela. No entanto, mesmo com a disponibilidade de uma das psicólogas da equipe, Marta não dá continuidade aos encontros individuais.

A participação de Marta no grupo sempre foi marcada pela sua articulação com as palavras, ela, inclusive, percebe "*que às vezes é muito tagarela*", mas admite certa dificuldade de dizer o que sente. Fala de uma "*tagarelice*" ao mesmo tempo em que percebe uma "*mudez*" quando há sentimentos envolvidos: "*aí a pessoa cala*". Num encontro, em que Marta começa relatando uma situação de estresse no decorrer do dia, cuja sensação do "*mal-uso da palavra*" a mobilizou, lamenta, muitas vezes, deixar de falar. Ao mesmo tempo, Marta queixa-se de que acaba, geralmente por conta do nervosismo, perdendo o controle e fala "*o que não gostaria de falar naquele momento, o que não devia ser dito*". À medida que vai falando das suas inquietações, Marta vai trazendo situações outras da sua adolescência até da sua infância, tecendo uma narrativa sobre si, para, quiçá entre sua "tagarelice e mudez", poder chegar a um conhecimento sobre si que ajude-a a se perceber na relação com as outras pessoas.

Embora os encontros no Zoom não sejam planejados por temáticas, não é difícil perceber que em cada encontro um tema acaba se desdobrando e se mobilizando de maneiras diferentes para as(os) participantes. Partindo do que aparece como tema, as intervenções têm contado com o recurso da musicalidade e da poética. No trabalho com Marta, podemos usar bastante desse recurso, já que ela se mostra bastante atravessada pelas artes de maneira geral. Ela nos disse certa vez que tem música pra todos os momentos da sua vida; ao perguntarmos que música ela elegeria para se

descrever naquele momento, Marta cantarola uma música de Gonzaguinha[1] cujos versos dizem:

> Se me der um beijo eu gosto
> Se me der um tapa eu brigo
> Se me der um grito não calo
> Se mandar calar mais eu falo
> Mas se me der a mão
> Claro, aperto
> Se for franco
> Direto e aberto
> Tô contigo amigo e não abro
> Vamos ver o diabo de perto
> Mas preste bem atenção, seu moço
> Não engulo a fruta e o caroço
> Minha vida é tutano é osso
> Liberdade virou prisão.

Até aqui, ao que parece, o grupo tem sido um espaço utilizado para enfrentamentos possíveis acerca, não só das dificuldades do dia a dia, mas também da própria existência; construindo e se desconstruindo, a partir da palavra que vai se encontrando com outras e outras palavras, para que novas narrativas de si quiçá possam vir à tona.

Brincando em família no Zoom com crianças

Diante da demanda das crianças que interagiam no grupo de WhatsApp "Brincando em Família On", que solicitavam brincadeiras e contato por videochamada com as acolhedoras, percebemos que havia a necessidade de um contato mais próximo e que esse contato poderia ser feito *on-line*.

Após um primeiro encontro aberto a crianças de todas as idades, optamos por criar dois grupos, ambos na quinta-feira à tarde. O primeiro grupo, das 14h às 15h, é composto por crianças de até 6 anos. Já o segundo, que acontece das 15h30 às 17h, é para crianças a partir de 7 anos.

---

1 Canção "Recado", de Gonzaguinha, de 1979. Disponível em: https:// youtube.com/watch?v=_v_GoMwtwwo.

A realização dessa nova ação não poderia ser meramente uma transposição dos procedimentos do grupo Brincando em Família presencial, pois, além de ser *on-line*, teria que ter particularidades para que o grupo pudesse acontecer. Inicialmente, também nos questionamos sobre como as pessoas teriam acesso à internet e se iriam conseguir usar a plataforma do Zoom, já que não era algo que, até então, fazia parte do cotidiano de algumas pessoas. Para facilitar o acesso, disponibilizamos um tutorial sobre o Zoom e nos colocamos à disposição para quaisquer dúvidas.

O convite inicialmente era feito para quem participava do grupo Brincando em Família On, porém, a partir da demanda da comunidade pela busca por atendimentos psicológicos, o grupo foi aberto para acolher pessoas novas. Antes de participar dos grupos, é realizado um acolhimento individual com as famílias que o procuram. Posteriormente, o convite para participar é encaminhado pelo aplicativo de mensagens. O grupo tem como proposta um convívio respeitoso, no qual todas as crianças são incentivadas a falar e também a ouvir os colegas, mantendo o sigilo sobre o que se discute no grupo.

Estão presentes no grupo entre duas e sete crianças, com uma média de quatro participantes. Ambos os grupos são mediados por três acolhedoras, que chegam com algumas propostas de atividades ou brincadeiras que serão ofertadas ou não a depender do movimento do grupo. Podem surgir questões que são acolhidas, e as brincadeiras que podem ser propostas pelas crianças. As crianças parecem gostar de participar do grupo: interagem umas com as outras, falam de suas rotinas, mostram seus brinquedos, seus bichinhos de estimação, suas casas, falam de si, contam histórias.

Um dia, com o grupo das crianças de até 6 anos, solicitamos que cada um escolhesse o brinquedo que mais gosta e compartilhasse. A acolhedora Joana escolheu uma boneca abelha superpoderosa. João, de 5 anos, escolheu seu dinossauro chamado Dino Poney, um brinquedo com poderes especiais, que eram necessários, pois o mundo estava em perigo. Mari, também de 5 anos, nos apresentou uma "bebezona" chamada Julia. A partir daí, se iniciou uma brincadeira na qual todos esses brinquedos tinham superpoderes: o do Dino Poney era lavar o coronavírus com água e sabão, a boneca abelha tinha o poder de enxergar o coronavírus e a bebezona Julia voava. Então, traçamos um plano para dar início a essa guerra contra o coronavírus. O Dino Poney disse: "*Corona vírus eu odeio você, eu quero que você vai embora!*". A boneca abelha disse: "*Eu quero sair, quero poder ir para escola*", e a bebezona afirmou: "*Eu quero ir para a praia e para o shopping e também quero ir brincar na rua!*". A boneca abelha questionou: "*Como vamos nos juntar para poder derrotar o nosso inimigo?*". Dino Poney convocou: "*Eu passo aí e pego cada um de vocês, aí a gente se junta e destrói ele, e então conseguimos nos unir e derrotamos o coronavírus*". Após a luta contra o coronavírus, a

turma decidiu ir na praia para aproveitar o dia com muitas brincadeiras e banho de mar. Para Figueiredo (2007, p. 17):

> Não existimos, não nos sentimos existir, não conquistamos um senso de realidade se alguma continuidade não estiver sendo oferecida e experimentada. Diante dos percalços da vida e das necessidades e desejos e das relações com os outros, a continuidade não está assegurada e precisa ir sendo construída e reconstruída a cada passo. Esta é uma tarefa do agente de cuidados que dá sustentação, o que implica em linguagem coloquial, 'segurar a barra'.

Esse fato nos dá a dimensão da importância de continuarmos oferecendo o espaço do Brincando em Família, ainda que de forma *on-line*, pois, assim, as crianças podem experimentar uma continuidade do brincar, compartilhar suas brincadeiras e saber que estamos enfrentando a mesma realidade, que foi nos imposta pela pandemia.

Segundo Winnicott (1975), a brincadeira tem um caráter universal e é compreendida como a própria saúde; o brincar favorece o crescimento e guia as relações grupais, podendo ser um modo de comunicar-se nos processos psicoterapêuticos. Nessa brincadeira, ocorrida via plataforma Zoom, as crianças puderam se expressar sobre a atual situação de saúde vivenciada e, de algum modo, elaborar o que estava acontecendo e imaginar possibilidades de futuro. Assim, em diálogo com a perspectiva de Winnicott (1975), percebemos que oferecer um ambiente onde a expressão da brincadeira é acolhida pode contribuir para que as crianças estabeleçam uma relação mais espontânea, criativa e confiante consigo e com o ambiente.

Escutas individuais

Além do trabalho junto ao Brincando On via WhatsApp e dos encontros nos grupos via plataforma Zoom, acompanhamentos individuais também foram, dentro do possível, ofertados diante de certas demandas para as quais se fazem necessários cuidados mais intensificados.

A estratégia da equipe em realizar contatos mensais para acompanhar as crianças e suas famílias, e a disponibilidade que o projeto sustentou diante dos frequentadores, possibilitou a manutenção do vínculo com muitos famílias e o retorno de antigos frequentadores. Um caso emblemático, acompanhado desde 2015, retorna nesse período de pandemia. Trata-se de Álvaro e o filho, Akin, de 8 anos, ambos negros. Os dois residem na casa da tia de Akin, que nunca conheceu sua genitora. Álvaro

traz um histórico de ser compreendido pela família como uma pessoa doente, com episódios depressivos.

O contato partiu da família, que frequentou o projeto pela última vez no ano de 2018. O comportamento agressivo e sem limites de Akin junto a uma nova crise que adveio a Álvaro no final de 2019 foram os elementos que motivaram o retorno ao projeto, em 2020. O acompanhamento se deu, agora no modo remoto, através de chamadas de áudio ou vídeo pelo WhatsApp. Pai e filho foram acolhidos em atendimento individual por duas acolhedoras.

Esse primeiro momento, de tentativas de contato, chegou com desafios para a realização e manutenção da conversa com a criança e com o responsável. A compreensão dos combinados em relação aos dias e horários dos atendimentos, e a complexidade presente nas relações familiares foram fatores desafiantes. Foi preciso fortalecer a necessária posição de aceitação, acolhimento e devolução por parte das acolhedoras, daquilo que o paciente traz já transformado e possível de ser recebido de volta, ou seja, a continência e a capacidade de *rêverie*, apontadas por Bion. (FIGUEIREDO, 2014) Foi preciso dar continência aos conteúdos expressos de forma ainda confusa, sustentar os atendimentos com sons externos de televisão alta e interferências da tia de Akin, que gritava ao longe, falando por ele ou pelo pai. Se fez necessário um trabalho contínuo para que cada um pudesse encontrar um espaço seu, protegido, principalmente de interferências de outras pessoas. Álvaro relatava o quanto se sentia sem forças e ânimo para fazer as atividades do seu cotidiano, e trazia o incômodo que vivenciava pelas cobranças de sua irmã para que fosse mais ativo. Ele também marcava sua dificuldade em lidar com a desobediência de Akin, que dormia e acordava muito tarde e, em suas palavras, "precisa de educação".

Os atendimentos foram acontecendo entre muitas intercorrências, como a justificativa de não ter escutado o celular tocando, e a dificuldade em ajustar o volume da chamada, ou o aparelho celular estar descarregado. Um novo curso foi se construindo à medida que as acolhedoras foram se colocando disponíveis, como agentes de *holding*, que é a função de sustentação proposta por Winnicott. (FIGUEIREDO, 2007) Os encontros com Álvaro foram se tornando mais regulares através de uma escuta que acolhe, reconhece suas potências, convoca-o para pensar sobre si e valida suas possibilidades de continuidade, a partir da oferta de um ambiente propício e acolhedor, defendido por Winnicott (1990); o projeto foi ocupando esse lugar, diante do ambiente fragilizado do contexto familiar. Álvaro começou a relatar sobre seu desejo de transformar as atividades, que tanto gosta de fazer, em um trabalho que lhe traga mais recursos financeiros e assim alcançar maior independência. A fala de que não era só a doença que o rotulava, mas que tinha recursos, vontades e possibilidades de gerir a própria vida foi se fortalecendo. Aos poucos, foi

sendo trabalhado esse lugar, que ele vem ocupando na família, em que sua autoridade, como pai, é destituída constantemente.

Na continuidade do acompanhamento, em um dos atendimentos da criança, o pai esteve presente e a acolhedora atuou como uma ponte facilitadora entre pai e filho através do brincar, um modo de expressão e criação que possibilita simbolização e elaboração. (WINNICOTT, 1975) Sentaram-se juntos e, através de perguntas realizadas pela acolhedora, começaram a brincadeira que consistia em tentar descobrir o que conheciam um do outro. As respostas que correspondiam ao que o outro gostava despertaram risos e descontração. Foi um momento de conexão importante que abriu possibilidades para trabalhar o fortalecimento do vínculo entre pai e filho, uma construção que foi possível pela disponibilidade do projeto em assegurar o cuidado às crianças e suas famílias, apesar das descontinuidades provocadas pela pandemia.

Considerações de continuidade...

Diante de todo o turbilhão de experiências remotas, também nos unimos ao Programa emergencial do Instituto de Psicologia da UFBA. Essa iniciativa trouxe um espaço de trocas, compartilhamento de angústias e modos de fazer dos profissionais de saúde da rede municipal e estadual. Em agosto de 2020, em parceira com o referido programa, realizamos uma roda de conversa sobre saúde mental infantojuvenil, junto a trabalhadores de Salvador e do estado da Bahia. Esta roda foi, também, um momento de comemoração dos dez anos de existência do projeto Brincando em Família.

A experiência apresentada aqui evidencia o potencial de trabalhar junto às crianças e suas famílias, entendendo família em um sentido bastante amplo que considera as dinâmicas de parentesco predominantes no Brasil, especialmente entre as camadas populares, nas quais os laços de "consideração" são muito presentes. (BUSTAMANTE, 2013) Benghozi (2005) destaca que o trabalho com a família pode trazer efeitos mais fortes que uma psicoterapia unicamente individual. Para o autor, o vínculo afiliativo vem ganhando espaço em relação com o vínculo filiativo, de maneira que a transmissão psíquica:

> [...] não deveria ser olhada tanto a partir dos vínculos de filiação pais e filhos(as)e mães e filhos(as), mas também a partir dos laços conjugais estabelecidos e das transformações a partir das instituições das quais fazemos parte no espaço social. (SCORSOLINI-COMIN; SANTOS, 2016, p. 152)

Em diálogo com Benghozi (2010), acreditamos que a relação com instituições que realizam as políticas públicas pode contribuir para o fortalecimento e, às vezes, a reconstrução, ou como diz Benghozi, a "remalhagem" dos vínculos familiares. Ao mesmo tempo, é preciso ter clareza sobre a necessidade de ampliar o acesso das famílias às políticas de proteção social e combater uma lógica familista que frequentemente está presente nas políticas e práticas. (MIOTO, 2010) Em tempos de incertezas, excessos e desmontes, o Brincando em Família se refaz continuamente para continuar exercendo sua missão de cuidado, sua função importante de sustentação e sobrevivência, no modo possível, remoto e presente, enfrentando os limites do trabalho *on-line* com criatividade, desejo e potência. Nosso objetivo se fortalece, suas raízes se aprofundam e entrelaçam no propósito de promoção da saúde mental infantil e, para isso, buscamos permanecer disponíveis, mantendo o vínculo que se amarra em vários momentos dos acompanhamentos realizados e da relação que construímos com cada família.

Cabe aqui destacar a importância do diálogo com a psicanálise como embasamento teórico, técnico e ético político do nosso fazer. Figueiredo (2020) aborda os funcionamentos e produções da psicanálise que podem nos ajudar a pensar o trabalho remoto nesse momento de pandemia e que fazem parte de um contexto de expansão dos horizontes das atividades dos psicanalistas, que tem inícios já no tempo de Freud, quando Ferenczi falava em elasticidade da técnica. Uma referência importante é o trabalho de Winnicott (2007), que teve uma série de experiências como um psicanalista fazendo algo que não era psicanálise em sentido estrito.

Para Figueiredo (2020, p. 65), existe algo que permanece, apesar das diferenças de estratégias, mesmo quando o psicanalista está fazendo algo que não é estritamente psicanálise, trata-se do trabalho de "[...] atração de investimentos libidinais e agressivos, e de elaboração, liberação e potencialização dos trabalhos psíquicos no rumo dos processos de representação e simbolização, o que requer um ambiente adequado, algum enquadre". Assim, não serão os móveis ou as paredes que converterão uma sala de análise se faltar o enquadre interno do analista. Trata-se da disposição de mente do analista, em sua dimensão ética e técnica, e em sua capacidade de escuta, ou seja, sua presença implicada e reservada, sua mente própria, sua atenção flutuante.

Figueiredo (2020) aponta que, nos diferentes contextos, a capacidade de escuta do analista sempre se dá na virtualidade, porque depende da sua disposição de mente e também da disposição de mente do paciente. O encontro analítico se dá em um plano da realidade que é simultaneamente real e fictício, verdadeiro e ilusório, que foi chamado de espaço potencial por Winnicott. Essa é a virtualidade que, como analistas, nos cabe instalar e sustentar para que o trabalho da psicanálise aconteça. É preciso que a realidade externa possa ser atenuada, filtrada, reduzida

e mesmo negada, para que se abra o território virtual, que é o espaço do sonho, do jogo, da associação livre, da escuta flutuante, da criação e, assim, o território dos trabalhos psicanalíticos.

Em relação aos fatores reais de medo, angústia, dos lutos e da depressão, Figueiredo (2020) aponta que nos cabe reconhecê-los e compartilhá-los, admitindo que também estamos sendo afetados. Assim, assumir com humildade nossos medos, nossas perdas e nossa mortalidade é uma condição fundamental para a prática do cuidado, em diálogo com a psicanálise.

Mesmo diante dos cansaços e medos aos quais estamos todas sujeitas, participar de uma "ação de enfrentamento" como essa, num momento tão devastador como esse pelo qual estamos passando, é uma oportunidade ímpar para continuar avançando. Perceber essa construção coletiva do cuidado, na qual uma ação engata na outra e reverbera de forma singular em cada família, em cada uma de nós, faz com que cada vez mais apostemos nesse trabalho no e com o coletivo.

Para sustentar um trabalho como esse, é preciso mais que dedicação, habilidades e competências. É necessário, antes de tudo, certo "apaixonamento" pelo o que se faz. É preciso, nesses dias incertos, muita criatividade e coragem para trabalhar com o que "tem pra hoje". E parafraseando Gonzaguinha, na sua canção semente do amanhã: "Não podemos tudo, mas, podemos mais! Vamos lá fazer o que será."

Referências

ALVAREZ, A. *Psicoterapia psicanalítica com crianças autistas, borderline, desamparadas e que sofreram abuso*. Tradução G. Hirschhorn. São Paulo: Blucher, 2020.

BENGHOZI, P. Resiliência familiar e conjugal numa perspectiva psicanalítica dos laços. *Psicologia Clínica*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 101-109, 2005.

BENGHOZI, P. *Malhagem, filiação e afiliação – psicanálise dos vínculos*: casal, família, grupo, instituição e campo social. São Paulo: Vetor, 2010.

BUSTAMANTE, V. Cuidado e desenvolvimento em crianças escolares de Salvador. *Estudos de Psicologia*, Campinas, v. 30, n. 4, p. 507-515, 2013.

CONTURBIA, S. de L. C. *O conceito de integração na psicanálise de D. W. Winnicott*. 2017. 116 f. Dissertação (Mestrado em Filosofia) – Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2017. Disponível em: http://repositorio.unicamp.br/jspui/handle/REPOSIP/331003. Acesso em: 16 jul. 2021.

DIAS, E. O. *A teoria do amadurecimento de D. Winnicott*. Rio de Janeiro: Imago, 2003.

FIGUEIREDO, L. C. A metapsicologia do cuidado. *Psychê*, São Paulo, v. 11, n. 21, p. 13-30, 2007.

FIGUEIREDO, L. C. *Cuidado, saúde e cultura*: trabalhos psíquicos e criatividade na situação analisante. São Paulo: Escuta, 2014.

FIGUEIREDO, L. C. A virtualidade do dispositivo de trabalho psicanalítico e o atendimento remoto: uma reflexão em três partes. *Cadernos de Psicanálise*, Rio de Janeiro, v. 42, p. 61-80, 2020.

COMITÊ PERMANENTE INTERAGÊNCIAS. *Guia preliminar*: como lidar com os aspectos psicossociais e de saúde mental referente ao surto de COVID-19. Tradução M. Gagliato. Genebra: IASC, 17 mar. 2020.

KABAD, J. F. *et al*. A experiência do trabalho voluntário e colaborativo em saúde mental e atenção psicossocial na COVID-19. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 36, n. 9, p. 1-7, 2020.

MIOTO, R. C. T. A família como referência nas políticas públicas: dilemas e tendências. *In*: TRAD, L. (org.). *Família contemporânea e saúde*: significados, práticas e políticas públicas. Rio de Janeiro: SciELO: Fiocruz, 2010. p. 51-66.

SCORSOLINI-COMIN, F.; SANTOS, M. A. dos. Construir, organizar, transformar: considerações teóricas sobre a transmissão psíquica entre gerações. *Psicologia Clínica*, Rio de Janeiro, v. 28, n. 1, p. 141-159, 2016.

SURJUS, L. T. de L. S. Saúde mental infantojuvenil: valorizar as conquistas e reconhecer os desafios para reinventar o cuidado no contexto da pandemia. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, Florianópolis, v. 12, n. 31, 2020.

UNITED NATIONS. *Policy brief*: COVID-19 and the need for action on mental health. Geneva: ONU, 2020.

WINNICOTT, D. W. *O brincar e a realidade*. Tradução J. O. de Aguiar Abreu, V. Nobre. Rio de Janeiro: Imago, 1975.

WINNICOTT, D. W. Os objetivos do tratamento psicanalítico (1962). *In*: WINNICOTT, D. W. *O ambiente e os processos de maturação*. Porto Alegre: Artmed, 2007. p. 152-155.

WINNICOTT, D. W. *Natureza humana*. Tradução D. L. Bogomoletz. Rio de Janeiro: Imago, 1990.

PRÁTICAS DE CUIDADO PARA CRIANÇAS E ADOLESCENTES EM SITUAÇÃO DE VULNERABILIDADE

inventividades necessárias

SUELY AIRES • LAÍS FLORES • LUCAS VEZEDEK
VANIA BUSTAMANTE • JULIANA PRATES SANTANA

Introdução

As infâncias e adolescências, como categorias sociais do tipo geracionais, são atravessadas pelas demais variáveis sociais de classe social, gênero e raça. Nesse sentido, é preciso destacar que os modos de vidas das crianças e adolescentes, assim como a aplicabilidade das políticas de atenção e cuidado, não são homogêneos, apesar dos marcos legais existentes, como a Constituição Federal de 1988 e o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), de 1990. Esses dispõem sobre a prioridade absoluta do cuidado e da proteção integral de crianças e adolescentes, tendo em vista a condição peculiar de desenvolvimento em que se encontram. Nesses documentos, prevê-se o dever da família, da sociedade e do Estado de assegurar os direitos fundamentais desse segmento populacional, assim como coibir toda forma de violência. No entanto, sabemos que há um grupo de crianças, a quem podemos chamar de "matáveis", (SANTANA; FRAGA; FERRARI; MELLO, 2020) cujos corpos são os primeiros a serem encontrados pelas balas perdidas e cujas vidas têm sido marcadas pela ausência de direitos. De acordo com Marchi, são as denominadas "não-crianças", ou seja, "não têm socialmente reconhecida sua condição infantil e, portanto, não tem reconhecidos no plano empírico (embora os tenha no plano jurídico) as prerrogativas e direitos

contemporâneos amplamente associados à infância". (MARCHI, 2007, p. 83) Ainda que reconheçamos os avanços nas políticas de proteção às infâncias nos mais diversos âmbitos, problemas estruturais como a desigualdade social e racial, (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2019) a pobreza e demais sistemas de opressão e violência, como o racismo, por exemplo, se exacerbam ostensivamente e passam a definir as condições reais de sobrevivência. No contexto atual de crise sanitária, em decorrência da pandemia da covid-19, são alarmantes os dados apresentados pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) sobre os indicadores de violência cometidos contra crianças e adolescentes, que vão desde o seu empobrecimento e de suas famílias, até a violência doméstica, insegurança nutricional e exploração do trabalho. (SILVA; OLIVEIRA, 2020)A situação vivida por crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade e risco, nesse país, antecede a pandemia, mas se agudiza com ela. Por isso, é necessário problematizar os conceitos de vulnerabilidade e risco, pois essas crianças e adolescentes de quem falamos já não estão em risco potencial de serem feridas(os) ou de sofrerem danos, mas são crianças vulneradas. De acordo com Marília Sotero (2011, p. 800), a vulnerabilidade "refere-se à possibilidade de ser ferido, englobando tanto o aspecto relacionado à dimensão física quanto o atinente à perspectiva social". Se por um lado a vulnerabilidade pode ser entendida e relacionada às condições potenciais de ser ferido(a), sendo inerente à condição humana, por outro, a *vulneração* remete à vulnerabilidade consubstanciada, às condições concretas de violações de direitos. Nesse sentido, Firmin Schramm (2006, p. 192) considera que

> [...] se todos são potencialmente vulneráveis [...] enquanto seres vivos, nem todos são vulnerados concretamente devido às contingências como o pertencimento a uma determinada classe social, a uma determinada etnia, a um dos gêneros ou dependendo das suas condições de vida, inclusive seu estado de saúde.

Para o autor, é indispensável "distinguir a mera vulnerabilidade da efetiva 'vulneração', considerando a primeira como potencialidade e a segunda como uma situação de fato, pois isso tem consequências relevantes no momento de tomada de decisão". (SCHRAMM, 2006, p. 192) As crianças, no que se refere à pandemia da covid-19, não são consideradas grupo de risco. Essa é uma condição nova, visto que, em pandemias anteriores, a constituição biológica infantil usualmente também as colocava em risco. Mas se, por um lado, as crianças, em sua maioria, apresentam sintomas leves da covid-19 ou mostram-se assintomáticas, por outro, são as mais frágeis como grupo social, para os efeitos dessa pandemia. A violência doméstica

e o abuso sexual aumentaram nesse momento pandêmico em todo o mundo e as crianças são os corpos frágeis sobre quem recai, muitas vezes, o estresse, as frustrações e a ausência de uma rede de apoio. Vulneração potencializada pelas condições socioeconômicas. O fechamento das escolas, por exemplo, tem impactos absolutamente distintos no que se refere à classe social. Se as crianças de classe média e alta perderam o contato físico com os amigos e a possibilidade de socialização, as crianças mais pobres do nosso país perderam a possibilidade de comer. Se, para as primeiras, as novas tecnologias imediatamente foram colocadas como forma de continuar o processo de aprendizagem, para essas últimas, destacam-se as condições estruturais precárias. Ficar em casa para as famílias vulneradas que são atendidas pelos projetos que apresentaremos aqui significa ficar na rua ou em condições muito adversas. Mais do que nunca, as desigualdades se acentuam.

O reconhecimento das violações de direitos a que uma parcela das crianças e dos adolescentes têm sido submetidos é um dos pontos em comum das experiências que serão apresentadas nesse texto. Reafirmar que crianças e adolescentes são sujeitos de direitos universais, que têm a primazia na atenção a qualquer situação de violação de direitos a que estejam expostos, exige diversos esforços compartilhados, uma maior interconexão de agentes, serviços e instituições, seja do poder público, seja da sociedade civil. Para tanto, é requerido que se estabeleçam, entre os diversos atores envolvidos, horizontalidade, complementariedade e circularidade nas articulações e ações de proteção e cuidado. Requer, ainda, o entendimento de que as demandas sociais não serão sanadas com a intervenção de apenas uma política pública, um serviço, uma ação, sendo necessária uma atuação numa rede de mobilização, cooperação e parcerias.

A seguir, serão apresentadas três experiências de atuação com crianças e adolescentes na cidade de Salvador que buscam, cada uma com suas especificidades, propor formas diferenciadas de atenção a esses grupos, evidenciando a potencialidade das intervenções e denunciando a fragilidade da execução de algumas políticas públicas.

O projeto de saúde mental Brincando em Família e as adaptações em tempos de pandemia

O projeto de ensino, pesquisa e extensão Brincando em Família desenvolve atividades de maneira permanente desde a sua formalização no Instituto de Psicologia (IPS) da Universidade Federal da Bahia (UFBA), tendo sido registrado como atividade de extensão em 2011. Foi criado em 2010 por Vania Bustamante, professora

do IPS e coordenadora até a atualidade, junto a um grupo de cinco psicólogas. O espaço assistencial inicialmente aconteceu nas instalações do Instituto de Desenvolvimento Pessoal (IDEP) e, desde 2011, funciona em uma sala na Biblioteca Infantojuvenil Monteiro Lobato, como parte de um convênio assinado entre a UFBA e a Fundação Pedro Calmon.

Desde seu início, o projeto buscou ofertar alternativas de cuidado em saúde mental inspiradas na psicanálise às crianças e suas famílias que dialogassem com modos de funcionamento singulares. Nesse sentido, no lugar de estabelecer uma frequência e periodicidade, o espaço funciona em dois turnos por semana – terças e quintas – e permanece disponível para ser livremente frequentado por crianças acompanhadas de suas famílias.

Essa modalidade de intervenção tem como primeira referência a "Casa Verde", criada por Françoise Dolto, na década de 1970 em Paris, e que ofertava um espaço de acolhimento para crianças pequenas e suas famílias. (DOLTO, 2004) Também temos como inspiração a Casa de la Familia, um projeto que funciona em Lima, Peru, dedicado à prevenção de dificuldades de socialização e violência, e que oferece um espaço de convivência, onde a palavra pode auxiliar os adultos nos desafios na criação de suas crianças. (MAZA, 2010) Temos como principal objetivo: fortalecer o campo da saúde mental infantil no que diz respeito aos fundamentos teóricos, técnicos e ético-políticos das práticas e da formação de profissionais. Trata-se de um propósito que se realiza através da integração de ensino, pesquisa e extensão. Nesse sentido, o Brincando em Família tem sido um espaço importante para a formação de estudantes de psicologia, que se inserem como estagiários(as) – em estágios básicos e profissionais do curso de psicologia –, bolsistas de iniciação à pesquisa e iniciação à extensão, assim como extensionistas e psicólogas voluntárias. Já tivemos experiências bem-sucedidas de inserção de fonoaudiólogas e estudantes de fonoaudiologia e de saúde coletiva. A nossa produção acadêmica envolve diversos artigos científicos publicados em periódicos indexados e recentemente um livro. (BUSTAMANTE, 2020a) Fortalecer o campo da saúde mental envolve o diálogo com profissionais que atuam nas políticas públicas para crianças e adolescentes, construído cotidianamente como parte do cuidado a partir de cada caso individual. Assim, é frequente o contato com escolas – inclusive através de visitas ao ambiente escolar que são pactuadas envolvendo a criança, a sua família e a escola –, serviços de saúde (Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil – CAPSi), hospitais, unidades básicas de saúde), assistência social e, inclusive, conselhos tutelares. O projeto também propicia momentos de encontro com profissionais de diferentes áreas através da realização de eventos, entre os quais se destaca o Simpósio Baiano de Saúde Mental Infantil, que já teve três edições, nos anos 2016, 2018 e 2019.

A saúde mental infantil é compreendida em diálogo com a clínica ampliada, "[...] uma clínica do cotidiano que nos convida a ampliar o foco de visão como estratégia para dar conta da multiplicidade que é a vida". (ONOCKO-CAMPOS, 2012, p. 156) Consideramos, assim como Campos (2016, p. 33), que "saúde mental tem a ver com a liberdade e autonomia das pessoas, com a dificuldade do sujeito de lidar com a rede de dependência que toda existência engendra" e que a saúde mental ampliada deve envolver ações terapêuticas e preventivas, indo muito além "de uma prática centrada no alívio de sintomas incômodos ou no treinamento de comportamentos adequados ao meio social." (CAMPOS, 2016, p. 33) O Brincando em Família colabora com a Rede de Atenção Psicossocial (Raps) da cidade de Salvador, buscando preencher lacunas assistenciais relacionadas a necessidades que extrapolam as possibilidades da atenção básica em saúde e que também não possuem a complexidade necessária para encaminhamento aos Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSi). Uma peculiaridade do projeto é a inclusão da família como sujeito do cuidado, uma tarefa de grande importância e ainda pouco desenvolvida na saúde mental. (BUSTAMANTE, 2020b)Apostamos no brincar livre como principal recurso no cuidado, tendo como suporte teórico a obra de Winnicott (1975). Para esse autor, o brincar tem relação com a construção de uma relação criativa e de confiança em si mesmo e com a realidade compartilhada. No brincar, as crianças (e os adultos) expressam suas fantasias e podem elaborar as suas dificuldades. Para isso, é fundamental contar com um ambiente seguro que garanta a continuidade necessária e acolha os gestos espontâneos, o que, em algumas ocasiões, envolverá a necessidade de "sobreviver" às manifestações agressivas. A equipe procura compreender o sentido das queixas apresentadas, diferenciando entre a perspectiva da criança e a do adulto que a traz. Nesse sentido, durante os turnos de atendimento, a equipe de acolhedoras(es) – formada por psicólogas e estudantes de psicologia – permanece disponível para brincar, escutar e conversar. Na sala, são disponibilizados brinquedos e materiais diversos que convidam ao brincar.

Ao longo desses anos, recebemos mais de mil crianças vindas de muitos bairros de Salvador e de outros municípios, e que chegaram de modos diferentes: algumas estavam passando pela biblioteca e se interessaram pela possibilidade de brincar, outras foram indicadas por antigos frequentadores; grande parte chega encaminhada de outros serviços. De modo predominante, se trata de famílias negras, de baixa renda, que moram em bairros onde a violência é intensa, que têm acesso insuficiente a políticas públicas, algumas não têm suas necessidades básicas contempladas. Percebemos que, para estas famílias, a vulnerabilidade se apresenta nos planos individual, social e programático. (AYRES et al., 2012) As atividades presenciais na biblioteca foram interrompidas em março de 2020 seguindo determinações sani-

tárias que levaram à suspensão do semestre na UFBA, assim como ao fechamento da biblioteca, como estratégias de enfrentamento à pandemia da covid-19. O projeto continuou ativo de maneira virtual, mantendo a oferta de cuidado a seus frequentadores e recebendo novas famílias, embora em número menor que o habitual. No mês de abril, iniciamos uma rotina de contato mensal com todas as 190 famílias que frequentaram o Brincando em Família em 2019 e nos primeiros meses de 2020. O contato, feito através de mensagens de WhatsApp e ligações telefônicas, envolveu o convite para participar de um grupo mediado pela equipe do projeto. O grupo foi pensado como um espaço para compartilhar experiências e informações pertinentes ao contexto de pandemia entre as famílias vinculadas ao projeto, mantendo o convite para o brincar livre e outras manifestações criativas.

Em cada dia, uma dupla de acolhedoras ficou responsável por mediar o grupo – através da produção e compartilhamento de *cards*, vídeos e outros materiais pertinentes – e propor brincadeiras para crianças e adultos. Houve momentos em que os participantes compartilharam experiências dolorosas – como a perda de pessoas próximas ou a própria experiência de ter adoecido de covid-19 –, e foi preciso oferecer continência emocional. Os desafios no cuidado com os filhos também foram bastante discutidos. Em todos os momentos, procuramos incentivar o diálogo entre as famílias e a construção coletiva de significados. A equipe manteve a rotina de produção de relatos e de discussão em supervisão. Em paralelo, parte da equipe se colocou disponível para realizar escutas individuais a crianças e adultos que, em alguns casos, eram pontuais e, em outros, envolveram acompanhamento. Procuramos lidar criativamente com as dificuldades do trabalho remoto, como a falta do espaço ideal para os atendimentos individuais, falta de acesso à internet ou falhas de conexão. Alguns acompanhamentos aconteceram através de troca de áudios de WhatsApp.

Com o prolongamento da pandemia, e considerando a aprendizagem dos primeiros meses, no mês de setembro, iniciamos a oferta de três grupos através de uma plataforma *on-line*: um dirigido aos adultos e outros dois dirigidos a crianças e eventualmente adolescentes (um para crianças de até 6 anos, outro a partir de 7 anos). Os grupos se complementam com a oferta de um encontro mensal individual de acompanhamento às famílias participantes e podem ser livremente frequentados pelas famílias acompanhadas pelo projeto. As acolhedoras responsáveis por mediar os grupos propõem brincadeiras e trocas que incentivem a livre expressão e o brincar espontâneo. Cada grupo tem peculiaridades que não poderão ser aprofundadas aqui. Cabe salientar que a oferta de grupos foi importante para possibilitar a recepção de novas famílias, todas acolhidas de maneira individual antes de iniciar a participação nos grupos.

As famílias constroem diversos modos de se relacionar com o projeto, embora tenham várias experiências em comum, como a falta de acesso a políticas públicas e a intensa patologização e medicalização das crianças. Em um extremo, temos a experiência com Lívia[1] (hoje com 8 anos) e a mãe, Laura, que estão vinculadas ao projeto desde 2016, deixando de frequentar em 2019, e que retornaram em 2020, já durante a pandemia. Por outro lado, o projeto acolheu Marta e os filhos gêmeos, Marcos e Carlos (de 7 anos), que estiveram no espaço uma única vez, em 2019. Ambas as famílias participaram ativamente do grupo de WhatsApp. Lívia e Laura estão sendo acompanhadas em psicoterapia individual, já Marta e os filhos participam dos grupos virtuais.

Nos dois casos, e em vários outros, acreditamos que o projeto tem propiciado o fortalecimento dos vínculos familiares e das relações com instituições de cuidado. Nesse sentido, cabe recuperar aqui a perspectiva de Benghozi (2010) para quem "a família não se resumiria às heranças transmitidas ao nascer, mas incluiria os processos de transformações dessa malha inicial", (SCORSOLINI-COMIN; SANTOS, 2016, p. 153) quando o continente grupal familiar permanece aberto a novas configurações. O autor utiliza a metáfora da rede para compreender os processos de transmissão psíquica de uma geração a outra. A malhagem é o trabalho psíquico de construção-desconstrução e de organização dos vínculos de filiação e de afiliação. O vínculo de afiliação envolve o laço conjugal, assim como outros vínculos que impliquem pertencer a um grupo, uma instituição ou comunidade. (BENGHOZI, 2010) Segundo Benghozi (2010, p. 20), há a possibilidade sempre aberta de remalhagem dos vínculos, na qual: "[...] as rupturas do vínculo filiativo podem sempre ser remalhadas pelo vínculo afiliativo" e na qual o sintoma pode ser compreendido como "uma forma particular de remalhagem de continentes genealógicos enfraquecidos". (BENGHOZI, 2010, p. 19) E, nesse sentido:

> [...] a construção do vínculo terapêutico é, em si, uma malhagem afiliativa. Um novo continente psíquico grupal associando família e terapeutas se coconstrói em terapia. Esse novo continente alternativo pode, então, acolher um processo de transformação psíquica que antes se encontrava em pane. Isso supõe uma disponibilidade para a criatividade livre de toda tentativa de controle, por parte do terapeuta, do processo de mudança. (BENGHOZI, 2010, p. 20)

1 Em respeito à privacidade de adultos e crianças, utilizamos nomes fictícios.

A perspectiva de Benghozi (2005, 2010) mostra-se interessante por corroborar dinâmicas de parentesco predominantes no Brasil e presentes nas famílias vinculadas ao projeto, em que os laços de "consideração" são muito valorizados. Em paralelo, buscar construir cuidado fortalecendo os vínculos familiares está em sintonia como o modo de atenção psicossocial. Isso deve ser feito sem compactuar com uma lógica familista das políticas públicas, como já problematizado por Mioto (2010). A referida autora aponta e critica a tendência predominante no Brasil de considerar que a família deve ser capaz de atender às necessidades de seus membros e que o Estado deve incentivar essa tendência, sem necessariamente garantir sua proteção social.

A equipe deu continuidade à sua proposta de acompanhar cada criança e sua família na sua singularidade. Para isso, foi primordial o rigor no trabalho de registro e de supervisão e também o convite ao nosso brincar como equipe. Fulgencio (2011, p. 400) lembra que, para Winnicott, um ser humano maduro:

> [...] por um lado, guardou a ilusão de que o mundo em que ele vive é criado por ele, mas, por outro, reconhece um mundo objetivamente dado, como algo fora dele, do qual depende e se adapta sem perda em demasia da sua espontaneidade, e do qual cuida.

Nesse sentido, sem deixar de fazer contato com o profundo sofrimento e as perdas desses tempos, que atravessam também a nossa equipe, guardamos a ilusão de estar criando ricas ofertas de cuidado que vão ao encontro das crianças e de suas famílias.

O projeto de estágio e de extensão Adolescência, Acolhimento Institucional e Clínica do Desamparo em seu desafio cotidiano

O projeto de estágio e de extensão Adolescência, Acolhimento Institucional e Clínica do Desamparo foi inaugurado em agosto de 2018, no Instituto de Psicologia (IPS) da UFBA e funciona em parceria com o Serviço de Psicologia Professor João Inácio de Mendonça, desta instituição. Inicialmente, foi coordenado pela então professora do IPS Vládia Jucá e pela psicóloga clínica Laís Flores. A proposta do projeto surgiu por demanda da psicóloga, que trabalhava no Sistema Único de Assistência Social (Suas), em uma unidade de acolhimento institucional para adolescentes. Ao reconhecer a importância de ofertar um espaço de escuta a esses adolescentes, os quais precisavam elaborar partes importantes de suas histórias de vida e construir planos de futuro, buscou-se estruturar um campo de estágio e de práticas de exten-

são voltadas para esse público, dada a dificuldade de encontrar serviços na rede de atenção psicossocial que oferecessem atendimento psicológico. Desde 2019, o projeto segue sob coordenação da professora Suely Aires, em parceria com Laís Flores.

Temos como objetivo geral ofertar atendimento clínico para adolescentes que se encontrem em acolhimento institucional e, como objetivos específicos: construir, junto com a unidade de acolhimento, o plano individual de atendimento (PIA) de cada adolescente; assessorar o adolescente e a unidade de acolhimento, quando necessário, na inserção ou permanência na escola, em projetos de arte, de cultura e de profissionalização; trabalhar o laço do adolescente com sua família, na tentativa de promover reinserção e, quando for o caso, acompanhar o desacolhimento institucional do adolescente, seja em decorrência do retorno para o contexto familiar ou por conta da maioridade.

O encaminhamento dos adolescentes é feito pelas instituições de acolhimento, quase sempre em contato direto com a coordenação do projeto, após discussão com a equipe técnica sobre a demanda que suscitou o pedido de atendimento. No projeto, trabalhamos na lógica da singularidade dos sujeitos atendidos, pensando no acolhimento um a um, bem como na distinção entre demanda institucional e demanda do sujeito. Ou seja, torna-se fundamental reconhecer o desejo e a implicação do sujeito em seu processo, para além da queixa e da demanda da instituição sobre o acolhido. Desse modo, ao pensarmos a direção do tratamento, no momento de supervisão, para cada caso, torna-se possível que os atendimentos sejam realizados também na instituição ou no território em que o adolescente circula no seu cotidiano, visto que uma clínica politicamente informada de seu lugar deve considerar o contexto em que os sujeitos com os quais trabalha se encontram.

O projeto hoje tem parceria com uma instituição pública de acolhimento institucional e com o Programa de Proteção a Crianças e Adolescentes Ameaçados de Morte (PPCAAM). São solicitadas às instituições as contrapartidas de viabilizar a ida do adolescente aos atendimentos e/ou os modos de atendimento remoto; designar um técnico de referência para dialogar com a estagiária/extensionista que atende o adolescente e ter disponibilidade para trabalhar em conjunto com a equipe do projeto, a fim de tornar a construção do PIA efetivamente singular. Além do acolhimento e atendimento a adolescentes institucionalizados, o projeto oferta escuta psicanalítica para jovens que buscam atendimento psicológico através do Serviço de Psicologia, o que permite ampliar a escuta em relação a diferentes experiências do adolescer e considerar as especificidades de cada adolescência e adolescente em situação de acolhimento institucional. Os atendimentos são realizados pelas estagiárias e extensionistas no Serviço de Psicologia e supervisionados, de forma conjunta, pelas coordenadoras, orientadas pela ética da psicanálise.

Desde o início do projeto, contamos com a participação de seis estagiárias e seis extensionistas. Cinquenta adolescentes foram atendidos, dos quais 25 foram encaminhados pelas instituições de acolhimento e 25 pelo Serviço de Psicologia. Contabilizamos, até maio de 2021, 1.204 sessões agendadas, 711 atendimentos realizados, dos quais 39 foram realizados na instituição e/ou no território. Durante a pandemia da covid-19, com a suspensão dos atendimentos presenciais no serviço, mantivemos os atendimentos virtualmente, por ligação de áudio ou de vídeo ou mesmo por mensagem de áudio ou texto. Somente no primeiro ano da pandemia (de abril/20 a maio/21), agendamos 640 e realizamos mais de quatrocentos atendimentos. Ainda, criamos a cartilha *Ei! Vamos falar de atendimento psicológico?*[2] com o intuito de acessar os adolescentes em acolhimento institucional que não conhecem o projeto, visto que novas demandas podem surgir durante o período de distanciamento social.

Com esse delineamento, novos desafios surgiram, principalmente em relação ao manejo das tecnologias que passaram a mediar os encontros: nem todos os adolescentes têm acesso a um aparelho telefônico ou à internet. Nesses casos, pensamos qual aparelho pode ser usado por uma hora na semana, seja um celular emprestado, um telefone da instituição ou de algum familiar e, quando não há acesso à internet, os atendimentos são feitos por ligação telefônica. Muitas vezes não é possível garantir a privacidade necessária a um atendimento psicológico, principalmente nas unidades de acolhimento institucional, onde os quartos são divididos com outros adolescentes. Apesar das dificuldades, insistimos na continuidade do trabalho e buscamos, junto com os adolescentes, estratégias para viabilizar as sessões. Muitos arranjos e rearranjos de modalidades, de horários, de números de telefone são feitos, mas é interessante observar que nenhuma dessas dificuldades impediu o trabalho. Ao contrário, contabilizamos um número menor de faltas durante a pandemia do que nos atendimentos presenciais, ainda que o número de encaminhamentos institucionais tenha se reduzido.

É importante destacar que acolhimento institucional não é privação de liberdade; ao contrário, os acolhidos precisam, sempre que possível, ter sua autonomia preservada, indo à escola, a unidades de saúde, a locais de lazer etc., fora da instituição. Visitas familiares devem ser encorajadas, a fim de fortalecer tais vínculos, geralmente bastante fragilizados, a ponto de haver rompimentos. Com isso, as restrições de circulação que a pandemia de covid-19 impôs são vivenciadas de modo muito específico pelos adolescentes em acolhimento institucional. Se é importante considerar que o coronavírus, em sua invisibilidade, chega para todos e não respeita fron-

2 Disponível em: https://ips.ufba.br/cartilha-do-projeto-de-extensao-adolescencia-acolhimento-e-clinica-do-desamparo.

teiras – como foi amplamente repetido –, cabe enfatizar que o vírus chega para cada um de uma forma particular, determinada pelo lugar social ocupado pelo sujeito.

No momento atual, vivenciamos um fator adicional de vulneração que incide de modos distintos nas vidas humanas e que produz impactos psíquicos, visto que os modos de organização subjetiva se dão em relação ao laço social, não sendo possível fazer uma separação entre psíquico e social que não se mostre arbitrária. (FREUD, 2011) A indissociabilidade entre psíquico e social é um ponto fundamental para compreender que o desamparo, como condição de todo vivente diante da dependência radical ao outro para sobreviver, (FREUD, 2010) diferencia-se da exposição a riscos, vulnerabilidades e à morte produzida socialmente. No Brasil, e ainda mais gravemente no momento atual, soma-se ao desamparo estrutural uma produção política de controle e de eliminação dos corpos, reduplicando o desamparo. Há certo discurso social que lança as vidas e os corpos desses adolescentes em um não lugar, em uma ausência de reconhecimento que os retira da condição humana e que os limita em sua circulação social. A fragilização das estruturas discursivas que dão sustentação ao vínculo social, que denominamos, a partir de Rosa (2018), de desamparo discursivo, produz ainda maior sofrimento subjetivo.

Em nosso fazer clínico orientado pela psicanálise, consideramos que a adolescência é um momento que exige trabalho psíquico para elaborar a aquisição de um novo corpo, um outro lugar nos campos familiar e social, e que isso implica uma rede discursiva. O adolescente conta e se conta a partir do olhar e da nomeação do Outro social, que poderá lhe confirmar uma nova imagem de si. Contudo, adolescentes institucionalizados normalmente encontram-se sob insígnias socialmente atribuídas que marcam um lugar exclusivo e excludente do laço social – como perigosos, "não tem jeito", "não quer mudar", "menino difícil". Assim, na tentativa de encontrar outro lugar, outro funcionamento social e outra lei que possam oferecer novos significantes que confirmem outra imagem de si, esses adolescentes podem apresentar comportamentos de fuga e de errância que não significam apenas uma ruptura intempestiva do contexto familiar ou institucional, mas podem representar uma tentativa de inscrição no laço social que os deixa fora do discurso.

Assim, se a errância tem função na constituição psíquica desses jovens, cabe problematizar os efeitos do isolamento e do distanciamento social exigido nesse momento, visto que o confinamento proposto a esses adolescentes pode ter um efeito devastador em sua subjetividade, em função da impossibilidade de estarem em contato com outros discursos e textos sobre si. Por isso, reafirmamos mais uma vez a importância da escuta clínica para que cada um possa construir um espaço não apenas de elaboração de sua história, mas também de alienação e separação

dos significantes que marcam sua vida, possibilitando a ressignificação do vivido e do porvir. Portanto, orientadas pela ética da psicanálise e informadas de nosso lugar político, visamos produzir processos de subjetivação e retificação subjetiva que impliquem o reconhecimento da singularidade de cada adolescente; validação do que se constrói por cada sujeito e para cada sujeito em sua relação com o desejo e com a história; elaboração do que foi vivido como traumático e como violência; e produção e reconstituição de laços sociais e vínculos afetivos.

Por fim, destacamos que se faz imprescindível contar com o desejo singular de cada extensionista, de cada estagiária e de cada supervisora – além, claro, do desejo em se engajar num processo de análise dos adolescentes acompanhados por nós – para que esse projeto possa seguir, sustentando uma clínica politicamente implicada. Apostamos na potência da escuta desses adolescentes e seguimos inventando, de forma individual e coletiva, com os adolescentes, durante as sessões e nas supervisões clínicas, saídas possíveis para os desafios que se apresentam. Mas isso só se faz: com cada um dos adolescentes que vêm para o atendimento; com cada uma das instituições em seus diferentes discursos sobre sua função social e narrativas sobre cada jovem; com cada uma das extensionistas e estagiárias que ofertam uma escuta advertida – pela análise pessoal, pela supervisão e pelo estudo teórico – dos efeitos do inconsciente. Nossa prática se faz no intervalo e na tessitura entre singular e social.

Projeto Axé

O Centro Projeto Axé de Defesa e Proteção à Criança e ao Adolescente – Organização da Sociedade Civil (OSC) em funcionamento desde junho de 1990 – se estrutura como um sistema lógico e processual de atendimento e acolhimento. Sua consolidação se dá em um contexto histórico de redemocratização do país e também de amplo debate sobre as infâncias, tanto no âmbito internacional, com a Convenção das Nações Unidas pelos Direitos da Criança (1990), quanto nacional, com o Estatuto da Criança e do Adolescente. (BRASIL, 1990) O fundador do Projeto Axé, o italiano Cesare de Florio La Rocca, nesse intenso processo de mobilização e luta por direitos, com anos de experiência e trabalho no Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef) no Brasil, articula-se com organizações e movimentos internacionais, nacionais e locais para propor a criação de um projeto de educação que pudesse concretizar a esperança de alteração do cenário de aguda desigualdade social que punha em risco a integridade biopsicossocial de crianças, adolescentes, jovens e famílias em situação de risco, vulnerabilidade e vulneração. Assim feito,

o trabalho se inicia nas ruas de Salvador e, desde então, tem sido presença permanente e constante no atendimento e acolhimento de crianças, adolescentes, jovens e suas famílias, produzindo cuidado e cidadania pela via da arteducação, tanto nas ruas, quanto em suas unidades arteducativas, bem como fazendo enfrentamento às diversas violações de direitos e demais estruturas de violência e opressão.

O Projeto Axé ratifica, em seu estatuto social, a missão de ir ao encontro de crianças, adolescentes, jovens e suas famílias que têm seus direitos destituídos e que se encontram em situação existencial de rua. E, como oferta de cuidado, promove o acolhimento desses sujeitos pela via da arteducação, numa permanente estimulação de seus sonhos e desejos, com o intuito de que eles possam construir sua própria cidadania. (PROJETO AXÉ, 2011) Nesse sentido, vale destacar que o método de trabalho sempre parte da escuta das demandas do público atendido, tendo em vista os princípios da arteducação e da pedagogia do desejo, (CARVALHO, 2000) tecnologia social desenvolvida pelo Axé que tem sua base na ética dos direitos humanos; na estética como aprendizado e apreciação do belo; nos referenciais teóricos da psicanálise sobre o desejo; e na educação como "ato político emancipatório", como "prática de liberdade", (FREIRE, 2014) no sentido de promover um processo formativo contínuo que estimule o exercício da cidadania, da responsabilidade e consciência crítica de si e do outro.

Sistematicamente, o trabalho desenvolvido pelo Projeto Axé se organiza a partir de duas bases fundantes, uma conceitual e outra procedimental. A primeira base é a via pela qual a dimensão da integralidade se complexifica com o processo de ida ao encontro dos sujeitos que são foco das ações, partindo do princípio que esses são sujeitos de direitos, conhecimento e desejo. Já a segunda base fundante se materializa a partir de um conjunto de ações articuladas em três pilares fundamentais, tendo em vista as especificidades do público atendido, ao qual são direcionadas as práticas de acolhimento e cuidado, sendo essas a Educação de Rua, a Formação Arteducativa e o Acompanhamento e Fortalecimento Familiar e Comunitário.

A Educação de Rua se inicia com a presença diária de educadores(as) em diferentes áreas da cidade com maior incidência de pessoas em situação de rua. A partir de um processo de observação das situações vivenciadas por esses sujeitos, no qual são mapeadas suas dinâmicas de sobrevivência e de relações com pares e com o próprio espaço da rua, são realizados os primeiros contatos (paquera pedagógica). Com o aumento dos encontros desses sujeitos com as equipes de educadores(as), são estabelecidos laços que vão se fortalecendo com o convívio, com o estabelecimento de relações de transferência, realização de escutas, diálogos e atividades arteducativas, que tem o intuito de estimular a sensibilidade e produzir reflexões

críticas acerca das situações que vivenciam nas ruas, de modo a gerar movimentos e possíveis deslocamentos, respeitando o tempo e a singularidade de cada sujeito (namoro pedagógico). Cabe destacar que as equipes contam com o apoio de uma Unidade Móvel de Atendimento (Axébuzu) – um ônibus adaptado com recursos multimídia, biblioteca e outros materiais arteducativos que possibilitam a realização de atividades diversas de apreciação artística – e do Axé In Itinere – um carro chamado desejo –, carro de compras adaptado e equipado com diversos materiais lúdicos para a realização de atividades arteducativas na rua. Essas ferramentas funcionam como meios mobilizadores e geradores de encontros e relações, criando um espaço transicional entre a rua e os serviços e organizações.

É através dessa presença constante, da construção de laços e relações de cuidado que os(as) educadores(as) acompanham, identificam e também encaminham demandas diversas junto aos sujeitos atendidos, seja para as instituições e serviços que compõem a rede da assistência social, saúde, educação e Sistema de Garantia de Direitos (SGD), seja para as próprias unidades arteducativas do Projeto Axé (Aconchego Pedagógico), nas quais é ofertada uma ampla formação artística em diversas linguagens como artes visuais (experimentação, moda e estampa), música (percussão, cordas, sopro e canto), dança e capoeira.

Nas unidades arteducativas, são asseguradas a alimentação e o transporte dos educandos(as) atendidos(as), com idades entre 6 e 25 anos, bem como o acompanhamento nutricional, escolar, familiar e construção de parcerias com serviços e instituições diversas de esporte, lazer, saúde, profissionalização, dentre outras. As ações de fortalecimento à família, juventude e comunidade se iniciam ainda na Educação de Rua e continuam durante todo o período que o(a) educando(a) for atendido(a) pelo Projeto Axé. As ações visam fortalecer os laços familiares e comunitários a partir do acolhimento; da participação das famílias do processo arteducativo; e do encaminhamento e acompanhamento de demandas diversas em saúde, assistência social, educação e SGD. São realizados, também, acompanhamentos familiares com visitas a domicílio; escutas; mediação de conflitos; atividades formativas como encontros temáticos e trocas de experiências; além de encaminhamentos para benefícios socioassistenciais.

De acordo com sua matriz de desenvolvimento institucional, o trabalho desenvolvido pelo Projeto Axé, do ponto de vista estratégico e político, pode ser caracterizado a partir de quatro elementos referenciais: o primeiro é a produção de discursos e teorias, que visa construir e validar outras narrativas sobre a infância, adolescência e juventude que têm seus direitos violados, considerando marcadores estruturantes das relações sociais como classe, gênero, raça e sexualidade; o

segundo elemento é a produção de imagens, considerando a dimensão estética e de apresentação do trabalho realizado nas mais diversas plataformas e mídias, que dialogam com a sociedade em geral e alteram as representações sociais e políticas desses segmentos; seguido pelo terceiro elemento, a produção de práticas, que sustenta e valida o trabalho, ao passo que nomeia e operacionaliza cada procedimento desenvolvido através da sistematização e difusão de metodologias e tecnologias sociais de cuidado; e, por fim, o quarto elemento, a produção de articulações políticas, que solidifica e fortalece o trabalho e cuidado em rede para a promoção, defesa e garantia de direitos.

Trata-se de um trabalho que tem ressonância e incide na esfera pública, uma vez que inspira e dialoga com sujeitos e instituições públicas e privadas, buscando fomentar discussões e pautas que têm como culminância a criação e efetivação de políticas públicas, sobretudo na área da infância e adolescência, tendo em vista os princípios preconizados pelo ECA, (BRASIL, 1990) assim como no âmbito das políticas públicas para a população em situação de rua como um todo. Isso se materializa a partir da ocupação e participação da organização nas mais diversas esferas (conselhos, comitês e articulações nos níveis municipal, estadual, nacional e internacional), seja no micro, em articulações locais, territoriais e diretas com os sujeitos e instituições, seja no macro, na relação e estabelecimento de parcerias importantes com o poder público e sociedade civil organizada, que, de modo geral, financiam e mantêm as atividades desenvolvidas através de projetos e parcerias.

Em seu cotidiano, o Projeto Axé atende crianças, adolescentes, jovens e famílias diversas, a quase totalidade negra, que tem, na maior parte dos casos, mulheres como chefes de família. São sujeitos que enfrentam violências, violações de direitos e a negação da cidadania; que são alvo do racismo estrutural, da violência de gênero, ageísmo, da LGBTQIA+fobia, bem como da exploração do trabalho; e que, em comum, experimentam a precariedade das condições de produção e manutenção da vida. No contexto de pandemia da covid-19 e da crise sanitária que estamos atravessando desde o fim de março de 2020, temos observado as desigualdades sociais, a miséria e a pobreza se exacerbarem ostensivamente. Nesse cenário desolador, o Projeto Axé tem reafirmado seu compromisso com a justiça social e respeito à vida, tendo planejado e implementado frentes de ação para garantir a continuidade do cuidado e acolhimento das crianças, adolescentes, jovens e famílias que atende.

O Axé interrompeu as atividades presenciais nas suas unidades arteducativas, tendo em vista a suspensão das aulas nas escolas públicas. Com isso, o trabalho passou a ser realizado com base em diferentes protocolos de atendimento remoto e presencial. Foram muitos desafios diante da precariedade dos recursos para a proposição e

sustentação de atividades remotas, bem como das dificuldades de acesso a recursos tecnológicos por parte do público atendido. O objetivo primordial foi, e tem sido desde então, a busca cotidiana e a manutenção do contato com crianças, adolescentes, jovens e famílias atendidos(as) com o intento de criar canais de comunicação, redes de cuidado e proteção, de modo a fornecer orientações seguras sobre modos de cuidado, prevenção, as vias de acesso a benefícios emergenciais e socioassistenciais, dentre outros encaminhamentos.

Tendo em vista o impacto direto da pandemia nas atividades de geração de renda, o que compromete diretamente a segurança nutricional dos(as) educandos(as) e suas famílias, foram mobilizadas parcerias com o poder público, setor privado e organizações da sociedade civil, tanto para aquisição e doação de itens de higiene e limpeza e de gênero alimentício, quanto equipamentos de proteção individual como máscaras, álcool em gel e luvas. Foi criada uma rede de proteção consistente, com a oferta de escuta, acolhimento e orientações seguras sobre modos de cuidado e prevenção da covid-19 e os devidos encaminhamentos para atendimento, de demandas diversas, de acesso às políticas emergenciais. Além disso, foram realizadas adaptações e reinvenções das vias e ferramentas do fazer arteducativo, tendo em vista as especificidades e condições de acesso a tecnologias de informação e comunicação (*smartfones*, celulares, redes sociais, aplicativos etc.). Desse modo, tem sido possível a realização de atividades arteducativas, orientadas remotamente, nas diversas linguagens artísticas trabalhadas no Projeto Axé, incluindo atividades de estímulo à leitura, apreciação artística, pesquisas diversas e videoaulas.

Dentre as diversas ações realizadas durante a pandemia no ano de 2020, podemos destacar alguns números expressivos como: o atendimento remoto e presencial a 426 educandos(as) e 340 famílias; realização de 16.242 atendimentos, escutas e orientações; oitocentos encaminhamentos para serviços e políticas públicas, incluindo a retirada de documentos; produção própria e distribuição de 2.700 máscaras protetivas e kits arteducativos; doação de 2.900 kits de gêneros alimentícios e materiais de higiene e limpeza; realização de duzentas ações formativas virtuais e presenciais; e atendimento a oitocentos sujeitos no âmbito da Educação de Rua, garantindo, por exemplo, o acesso de crianças e adolescentes aos serviços voltados para a população em situação de rua, que, em muitos casos, não atendem esse público caso estejam desacompanhados de pessoas adultas. Destaca-se, também, o pagamento do Auxílio Mobilidade Física e Social (AMO), benefício criado pelo Projeto Axé, através da parceria com a Conferência Episcopal Italiana (CEI) e Fundação San Zeno, que prevê o pagamento de R$ 120,00 mensais por educando(a) (via cartão Vale Refeição) e a realização de encontros temáticos com familiares responsáveis

e educandos(as) na maioridade (total de doze encontros virtuais com discussão de temas como racismo, fascismo, política, saúde, pandemia, entre outros); e a aquisição de trezentos aparelhos celulares, que foram disponibilizados aos(às) educandos(as) e suas famílias, visando a qualificação dos atendimentos numa perspectiva de inclusão digital.

Por fim, é preciso considerarmos duas premissas para pensar estratégias de cuidado. A primeira tem a ver com a capacidade da arte de produzir resistências e oferecer vias de simbolização das nossas experiências de vida. Já a segunda está relacionada com a força e a potência dos laços comunitários na produção de cidadania. Nesse sentido, nos manter como uma grande comunidade tem sido a base para sustentar o desafio de continuar fazendo arteducação como profissionais do cuidado, sendo presença constante na vida dos sujeitos que atendemos, ainda que seguindo medidas necessárias de isolamento e distanciamento social.

Inventividades necessárias

As conversações propostas nesse capítulo buscaram apresentar três diferentes práticas de cuidado a crianças e adolescentes em situação de risco e vulneração social. No contexto devastador de pandemia da covid-19, que tem produzido mortes e sofrimentos agudos, essas experiências insurgem-se contra as tecnologias de morte postas e impostas, e seguem na luta pela dignidade humana, se reinventando e fortalecendo a construção e implementação de tecnologias sociais de cuidado.

O termo projeto – que, em sua definição, implica desejo, intenção de fazer ou realizar algo no futuro, um plano – aparece na nomeação das três iniciativas descritas nesse capítulo, talvez por justamente tecerem fios entre a palavra e o desejo de futuro no encontro com crianças, adolescentes, jovens e famílias que vivenciam diversas experiências em comum, mas de modos singulares. Tanto no Projeto Axé, quanto no Projeto Brincando em Família e no Projeto Adolescência, Acolhimento Institucional e Clínica do Desamparo há um convite à ampliação do olhar e da escuta para o direito ao cuidado; para as estratégias individuais e coletivas de produção de vida e (re)criação de laços comunitários; além de um convite ao fazer de uma clínica politicamente concernida que, de um lado, reconheça o desejo e a implicação do sujeito em seu processo, e do outro, também possibilite aos sujeitos o contato com diferentes discursos e textos sobre si, tendo em vista as especificidades dos contextos e experiências que vivenciam. Importante destacar que duas das iniciativas são atividades de extensão

universitária, demonstrando a potência e a importância dessa instituição na defesa e garantia de direitos das crianças e adolescentes.

Diante de tantos desafios, entre arranjos e rearranjos, uma força de criação atravessa os três projetos aqui descritos. Trata-se de inventividades que insistem na continuidade da oferta de cuidado, que transitam por muitas vias, do manejo inevitável das tecnologias que passaram a mediar os encontros com os sujeitos ao contato e manejo contínuo de sofrimentos e perdas, altamente intensificados em tempos de pandemia. É preciso destacar que, para continuidade das ações de cuidado, se faz imprescindível contar com o desejo singular de cada trabalhador(a) do cuidado, entendendo que toda ação de cuidado é também ação de luta, de resistência, num esforço singular e coletivo de cuidar juntos(as) e cuidar com, em circularidade. Esses atores são e precisam ser defensores intransigentes da integralidade da atenção a crianças e adolescentes, denunciando as condições desiguais e as violências cometidas contra uma parcela desse segmento geracional.

Que o nosso cuidado seja entendido como uma luta política. Que possamos seguir sempre fazendo o caminho ao caminhar, no encontro, via escuta sensível, embalados pela ética, pelo desejo e pelo compromisso com os princípios dos direitos humanos. Que se produza dignidade e respeito à vida.

Referências

AYRES, J. R. C. M. *et al.* Risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde. *In*: CAMPOS, G. W. S. *et al.* (org.). *Tratado de saúde coletiva*. São Paulo: Hucitec, 2012. p. 375-417.

BENGHOZI, P. Resiliência familiar e conjugal numa perspectiva psicanalítica dos laços. *Psicologia Clínica*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 101-109, 2005.

BENGHOZI, P. *Malhagem, filiação e afiliação – psicanálise dos vínculos*: casal, família, grupo, instituição e campo social. São Paulo: Vetor, 2010.

BRASIL. Presidência da República. *Constituição (1988)*: Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 22 jul. 2021.

BRASIL. Presidência da República. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. *Diário Oficial da União*: Brasília, DF, 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm. Acesso em: 22 jul. 2021.

BUSTAMANTE, V. *Saúde mental infantil*: fundamentos, práticas e formação. Curitiba: Appris, 2020a.

BUSTAMANTE, V. Cuidado a crianças e suas famílias e queixas de agressividade: um estudo de caso clínico. *Psicologia Clínica*, Rio de Janeiro, v. 32, n. 1, p. 15-34, 2020b.

CAMPOS, G. W. S. Saúde mental e atenção primária: apoio matricial e núcleos de apoio à saúde da família. *In*: NUNES, M.; LANDIM, F.L.P. (org.). *Saúde mental na atenção básica: política e cotidiano*. Salvador: Edufba, 2016. p. 29-46.

CARVALHO, M. A. C. O desejo na pedagogia do desejo. *In*: BIANCHI, A. (org.). *Plantando axé*: uma proposta pedagógica. São Paulo: Cortez, 2000. p. 99-126.

DOLTO, F. *La causa de los niños*. 2. ed. Buenos Aires: Paidós, 2004.

FREIRE, P. *Educação como prática da liberdade*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2014.

FREUD, S. Psicologia das massas (1921). *In*: FREUD, S. *Obras completas, volume 15*: Psicologia das massas e análise do eu e outros textos (1920-1923). Tradução P. C. de Souza. São Paulo: Companhia das Letras, 2011. p. 9-100.

FREUD, S. O mal-estar na civilização (1930). *In*: FREUD, S. *Obras completas, volume 18*: O mal-estar na civilização, novas conferências introdutórias à Psicanálise e outros textos (1930-1936). Tradução P. C. de Souza. São Paulo: Companhia das Letras, 2010. p. 14-122.

FULGENCIO, L. A constituição do símbolo e o processo analítico para Winnicott. *Paidéia*, Ribeirão Preto, v. 21, n. 50, p. 393-401, 2011.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Desigualdades sociais por cor ou raça no brasil. *Informação Demográfica e Socioeconômica*, Rio de Janeiro, n. 41, 2019. Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101681_informativo.pdf. Acesso em: 22 jul. 2021.

MAZA, B. Psicoanálisis y precariedad: la experiencia en un barrio marginal de Lima. *In*: MAZA, B. (ed.). *La Casa de la Familia*: una contribución psicoanalítica a la salud pública en el Perú. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, 2010. p. 21-36.

MARCHI, R. *Os sentidos (paradoxais) da infância nas ciências sociais*: um estudo de sociologia da infância crítica sobre a “não-criança” no Brasil. 2007. Tese (Doutorado em Sociologia Política) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2007.

MIOTO, R. C. T. A família como referência nas políticas públicas: dilemas e tendências. *In*: TRAD, L. (ed.). *Família contemporânea e saúde*: significados, práticas e políticas públicas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010. p. 51-66.

ONOCKO-CAMPOS, R. T. *Psicanálise e saúde coletiva*. São Paulo: Hucitec, 2012.

PROJETO AXÉ. 6ª Alteração do Estatuto Social do Centro Projeto Axé de Defesa e Proteção a Criança e ao Adolescente. *Projeto Axé*, Salvador, 2011. Disponível em: http://www.projetoaxe.org/brasil/. Acesso em: 22 jul. 2021.

ROSA, M. D. *A clínica psicanalítica em face da dimensão sociopolítica do sofrimento*. São Paulo: Escuta: Fapesp, 2018.

SANTANA, J. P.; FRAGA, L. S.; FERRARI, L. M.; MELLO, C. P. De que criança(s) estão falando? Análise dos memes veiculados no Brasil no período da pandemia do coronavírus. *Sociedad e Infancias*, Madrid, v. 4, p. 225-228, 2020.

SCHRAMM, F. A saúde é um direito ou um dever? Autocrítica da saúde pública. *Revista brasileira de bioética*, Brasília, DF, v. 2, n. 2, p. 187-200, 2006.

SCORSOLINI-COMIN, F.; SANTOS, M. A. Construir, organizar, transformar: considerações teóricas sobre a transmissão psíquica entre gerações. *Psicologia Clínica*, Rio de Janeiro, v. 28, n. 1, p. 141-159, 2016.

SILVA, E. R. A. D.; OLIVEIRA, V. R. D. *Nota Técnica nº 70*: proteção de crianças e adolescentes no contexto da pandemia da COVID-19: consequências e medidas necessárias para o enfrentamento. Brasília, DF: Ipea, 2020. Disponível em: http://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/10041. Acesso em: 22 jul. 2021.

SOTERO, M. Vulnerability and vulneration: street population, an ethical issue? *Revista Bioética*, Brasília, DF, v. 19, n. 3, 2011.

WINNICOTT, D. W. *O brincar e a realidade*. Rio de Janeiro: Imago, 1975.

O CUIDADO À SAÚDE MENTAL NO CONTEXTO DA PANDEMIA

desafios da produção de cuidado nos Centros de Atenção Psicossocial da Infância e Adolescência

CAROLINA PINHEIRO MOREIRA • SUELY MARIA COSTA LÔBO

Introdução

A Reforma Psiquiátrica no Brasil foi implementada através da Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, (BRASIL, 2001) que dispõe sobre a proteção e direitos das pessoas portadoras de transtorno mental, redirecionando o modelo assistencial. Em 19 de fevereiro de 2002, o Ministério da Saúde institui a Portaria nº 336, (BRASIL, 2002) definindo coberturas específicas para o cuidado em saúde mental para adultos, crianças e adolescentes e usuários de drogas. A portaria busca prover uma assistência mais especializada, em consonância com os princípios básicos que orientam o Sistema Único da Saúde (SUS), utilizando critérios de território, organização da atenção em rede, intersetorialidade, reabilitação psicossocial, interdisciplinaridade, desinstitucionalização, promoção de cidadania e autonomia dos usuários. (FIALHO, 2014) Essa nova perspectiva inaugurou novos processos de trabalho, convidando os profissionais que atuariam nos novos dispositivos de cuidado em saúde mental a construir um novo olhar sobre o sujeito em sofrimento psíquico, bem como a alterar suas práticas cotidianas. Muitos desses profissionais tiveram sua formação no antigo modelo assistencial, apresentando dificuldades na perspectiva da atenção psicossocial. (PINHO; SOUZA; ESPERIDIÃO, 2018) Uma pesquisa realizada por Muylaert

e colaboradores (2015), em um serviço de saúde mental infantojuvenil, revelou que o hospital psiquiátrico foi um importante local de formação dos profissionais daquela equipe no período da graduação, bem como os consultórios particulares, fazendo presente o modelo biomédico através das figuras tradicionais da medicina (hospital e consultório), o que impactou e dificultou o entendimento do processo de trabalho em equipe, no qual o sujeito é o eixo do cuidado.

A reforma psiquiátrica propôs uma nova forma de trabalho, enfatizando a importância da subjetividade, valorizando outras formas de relacionamento entre profissionais, usuários e território, e buscando a inserção social do sujeito. (MUYLAERT et al., 2015) Belotti e colaboradores (2017) citam Faria para definir que processo de trabalho é o modo como desenvolvemos nossas atividades profissionais, e acentua: "[…] realizado por uma equipe multiprofissional, que atue sob a ótica da interdisciplinariedade, que é uma forma de interação entre as disciplinas por meio de uma complementariedade das áreas de conhecimento." (BELOTTI et al., 2017, p. 1549) Essa ordenação de cuidado em rede inclui dispositivos e serviços que atuam em diferentes níveis de atenção, como a atenção básica, e vai em consonância com a política nacional de humanização, que aposta no acompanhamento longitudinal do caso e na atuação em forma de cogestão, que é uma diretriz ético-política, garantindo o trabalho em equipe e decisões tomadas coletivamente. (BELOTTI et al., 2017)Em dezembro de 2019, surge, na China, um vírus conhecido como Sars-Cov-2 [*severe acute respiratory syndrome coronavirus* 2], que ataca os pulmões, reduzindo a capacidade respiratória. Essa doença passa a ser conhecida como covid-19, ganha efeito pandêmico atravessando fronteiras e desregula a organização social existente até então. Várias frentes de estudo são abertas com o objetivo de conter ou minimizar a propagação do vírus, e a Organização Mundial da Saúde (OMS) passa a divulgar medidas que são seguidas pelos países. Dentre elas, tem-se: o isolamento dos infectados, impossibilitando o contato com outras pessoas; a quarentena, que é a restrição da movimentação de indivíduos que foram expostos ao risco; e o distanciamento social, que é o esforço consciente para reduzir o contato e aumentar a distância física entre as pessoas. (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2020) Essas medidas, além de gerarem ansiedade nas pessoas e o sentimento de isolamento, dificultaram a assistência dos serviços de saúde, dentre eles, o acompanhamento dos dispositivos especializados de saúde mental da Rede de Atenção Psicossocial (Raps).

Os Centros de Atenção Psicossocial da Infância e Adolescência (CAPSia) do município de Salvador, participantes dessa rede, moldaram um novo fazer, norteados pela ideia de manutenção da assistência, respaldados por portarias internas da Secretaria de Saúde, protocolos de biossegurança, além das resoluções de cada conselho profissional, cujos profissionais estão vinculados. Diante do exposto, este

capítulo, que foi construído a partir da observação e atuação de duas psicólogas das respectivas equipes, tem como propósito compartilhar como esses processos operaram no cotidiano dos serviços, exaltando a singularidade destes, compartilhando descobertas, inovações e desafios que atravessaram o cuidado à saúde mental infantojuvenil nesse período, alinhados aos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS): universalidade de acesso, integralidade e equidade.

O impacto da pandemia na saúde mental de crianças e adolescentes

A pandemia da covid-19 trouxe profundos impactos na ordem social vigente, afetando as diferentes sociedades e culturas, com consequências ainda mais significativas para as populações expostas a diferentes vulnerabilidades. Nesse contexto, crianças e adolescentes, por serem um público com menos recursos psíquicos de autonomia, que demandam intensa interação com o meio para potencializar seu desenvolvimento em curso, precisam ser considerados em sua especificidade quando avaliamos as consequências do isolamento social imposto como medida de segurança contra a propagação do vírus, bem como para o planejamento do cuidado à saúde mental dessa população.

Primeiro, consideremos os riscos para o desenvolvimento e saúde mental desse público em um cenário de isolamento e/ou distanciamento social. A privação ou redução de contato com sua rede social, a partir do fechamento das escolas e outros espaços de interação social, impacta nas crianças e adolescentes o desenvolvimento de habilidades de socialização, a sensação de perda ou fragilização dos vínculos. (BRASIL, 2020a; LUCAS et al., 2020) Além de essenciais à socialização, o contato com diferentes cenários, sons e sujeitos é também fundamental para a estimulação sensorial de crianças, sobretudo na primeira infância. Considerando que o perfil das famílias acompanhadas nos CAPSia é, em sua maioria, a configuração monoparental, com o cuidado centrado na figura materna, a privação de acesso à a rede social de apoio e convivência tem impacto ainda maior, gerando uma sobrecarga mais intensa a essas mulheres. Aliado aos impactos socioeconômicos, a mudança drástica da organização da rotina, o acesso a informações falsas e inadequadas; a hiperconvivência familiar em espaços domiciliares, em geral, muito pequenos e a insegurança quanto ao risco de infecção ou de perda de pessoas próximas geram um quadro de estresse psicossocial intenso, que precisa ser considerado no planejamento do cuidado nesse novo contexto pandêmico. (DA MATA et al., 2020) Entre

as crianças e adolescentes autistas, somam-se outras condições de risco: por ter uma maior dificuldade de lidar com mudanças de rotina, esse público sofre um impacto ainda maior na desorganização sensorial e psicológica com a suspensão das atividades diárias de cuidado e socialização. A interrupção das atividades terapêuticas pode envolver um risco de perdas ou regressões comportamentais mais significativas para esse público específico. Além disso, esse público acaba por ter fatores diferenciados de risco à contaminação pelo vírus, devido às dificuldades de implementar medidas básicas de higiene e à impossibilidade de manter o distanciamento social. (BRASIL, 2020a) Para as crianças, o contexto da pandemia, e a necessidade de distanciamento social decorrente dela, pode incitar o aparecimento de sintomas de estresse, que podem se apresentar como: medo de ficar sozinho, pesadelos, dificuldade para expressar-se, perda de controle dos esfíncteres, alterações de sono e apetite, maior facilidade para choro, irritabilidade, comportamento regredido, distanciamento e perda de interesse em atividades e dificuldade de concentração. (BRASIL, 2020a; DA MATA et al., 2020) Esses são sintomas esperados e considerados adaptativos às situações de estresse maior e não devem ser considerados patológicos. Contudo, o aparecimento desses sintomas pode intensificar quadros de sofrimento psíquico anterior, demandando maior atenção dos cuidadores e profissionais. Esses sintomas de estresse na infância, quando em maior intensidade e prolongados no tempo, podem gerar novas demandas de cuidado aos serviços de saúde mental infantojuvenil.

No caso dos adolescentes, a interrupção das atividades para a garantia do distanciamento social tem outra configuração: a intensificação do tensionamento nas relações familiares com uma rotina de hiperconvivência, por vezes, já de difícil manejo antes desse contexto; a suspensão de projetos de vida, com a insegurança sobre o tempo de retomada das atividades escolares e profissionais, a reconfiguração das atividades de lazer e prazer, com risco de maior consumo de substâncias psicoativas e maior interação virtual, além da possibilidade de rompimento do distanciamento social dado como medida de segurança, envolvendo maior exposição ao risco. (POLANCZYK et al., 2020) Para os casos que já apresentavam dificuldade de interação social e maior isolamento, é possível maior acomodação no contexto da pandemia, sugerindo maior adaptabilidade a esse contexto, mas demandando atenção para as medidas possíveis de cuidado para a não cronificação desses quadros.

O aumento do tempo de convivência em lares com pouca estrutura pode favorecer tensões familiares. Não são poucos os fatores estressores em questão: a suspensão das atividades profissionais ou de lazer; a necessidade de agregar as atividades de trabalho, estudo e cuidados domésticos em um mesmo espaço; a preocupação

com a situação de subsistência da família; as mudanças de humor e maior irritabilidade de crianças com espaço restrito de circulação e interação; além de todo clima de ameaça e insegurança estabelecido pela covid-19 podem intensificar o clima de estresse psicossocial e levar à ocorrência de situações de violência. (BRASIL, 2020a; DA MATA et al., 2020) O constatado aumento do uso abusivo de álcool e outras substâncias psicoativas nesse momento (BRASIL, 2020b; ORNELL, 2020) tende a agravar o risco nesse contexto, e crianças e adolescentes acabam por ser o público mais vulnerável. Quando a situação de violência no contexto familiar já estava ocorrendo, a interrupção do contato com a rede de apoio gera a perda de um significativo fator de proteção. (BRASIL, 2020b) Esse é outro atravessamento do sofrimento psíquico advindo da vivência da pandemia que precisa ser considerado na articulação do cuidado nos serviços de saúde mental infantojuvenil.

Toda essa gama de fatores que constituem a produção e intensificação do sofrimento psíquico entre crianças, adolescentes e suas famílias precisa ser considerada, analisada e gerar novos modos de cuidado, considerando que também os modos de trabalho foram profundamente alterados por conta das medidas de prevenção e segurança da covid-19. Acompanhar, orientar, estar próximo e realizar articulações de forma prioritariamente remota apresentaram-se como os maiores desafios dos serviços de saúde mental desde quando iniciada a reforma psiquiátrica.

Impactos da pandemia no modo de trabalho do Centro de Atenção Psicossocial da Infância e Adolescência

A pandemia da covid-19, que chegou ao Brasil em fevereiro de 2020, criou para os serviços de saúde uma nova demanda, bem como a necessidade de reorganização do cuidado, por causa dos protocolos de proteção necessários para preservar a saúde dos profissionais e dos assistidos. Frente à mudança repentina de rotina provocada por esse evento, com expressivo impacto nos modos de operar o trabalho e o cuidado, contando, ainda, com a intensificação do sofrimento psíquico pela necessidade de isolamento social e pelo sentimento de insegurança que assolou a todos, os CAPSia depararam-se com desafios de várias ordens para garantir o exercício de seu papel nesse contexto.

O modelo de assistência que até então era baseado no encontro, na empatia e no fazer coletivo, perde a sua estratégia de atenção. Na infância, o cuidado é baseado na comunicação de diversos setores:

> […] as estratégias de cuidado que devem ser pensados de forma a contemplar as necessidades: de incluir a família, de adequar a linguagem, de inserir o lúdico no campo das intervenções, e de incluir outros setores nas discussões, como: saúde geral, pedagógico e o judiciário. (AVELLAR; BERTOLLO, 2005 apud BELOTTI et al., 2018, p. 2)

Diante desse desafio, os CAPSia mobilizam-se para repensar o seu fazer cotidiano, em um cenário completamente novo e desconhecido para os usuários dos serviços, como também para seus profissionais.

A psicologia já tinha uma trajetória no uso de tecnologia da informação e comunicação (TIC) para atendimentos *on-line*. Alguns marcos foram importantes para o reconhecimento e implantação dessa modalidade. (SANTANA et al., 2020) Em 1997, a American Psychological Association (APA), nos Estados Unidos da América, regulamenta os serviços emergentes de psicologia clínica via internet e teleconferência. Em 1998, no Brasil, acontece o primeiro Seminário Nacional de Psicologia e Informática (Psicoinfo), no qual se organiza um grupo de trabalho para estudar o atendimento mediado pelo computador. No ano 2000, o Conselho Federal de Psicologia (CFP) publica a Resolução nº 3/2000, que regulamenta o atendimento psicoterápico e outros serviços psicológicos mediados pelas TICs. Em 2005, há a publicação da Resolução nº 12/2005, que traz a conduta para credenciamento de *sites* e *blogs* para receberem um selo de certificação emitido pelo CFP. Em 2012, é publicada a Resolução nº 11/2012, que depois é substituída pela de nº 11/2018, que institui um sistema chamado e-Psi, no qual há a lista dos psicólogos autorizados pelo CFP para a prestação de serviços mediados pelas TICs.

Essa autorização acontecia através de uma solicitação do psicólogo, que passava por etapas, incluindo o preenchimento de formulários, análise do CFP e posterior autorização. Não era um processo de resposta imediata, existia um tempo para liberação. Todavia, na emergência da situação de pandemia, diante da vulnerabilidade da saúde mental da população, o CFP foi extremamente eficiente e pioneiro, e, em 26 de março de 2020, publicou a Resolução nº 4/2020, que permite que o profissional de psicologia possa atuar mediante uso das TICs sem ter concluído o cadastro no sistema e-Psi, durante o período da pandemia da covid-19.

As regulamentações para uso das TICs foram se ampliando para outras categorias profissionais, como os médicos (telemedicina), que atentaram para o contexto de pandemia, modificando resoluções anteriores e permitindo a prontidão da assistência. Vale ressaltar que todas as categorias, bem como a psicologia, possuem restrições ao uso das TICs, ou seja, não é aplicada a todos os casos, como nos casos de

pessoas em crise ou com risco de suicídio, mas é indiscutível a manutenção e até a ampliação do acesso.

Quanto à instalação das medidas restritivas por parte do governo local em março de 2020, os serviços de saúde, inclusos os serviços de saúde mental, seguiram em funcionamento, bem como todos os serviços considerados de caráter essencial. Todavia, inicialmente, instalou-se um pânico na população, que reduziu e quase anulou a frequência nos serviços. Gerir o sentimento de insegurança no trabalho com o imperativo de criar formas de cuidado que garantissem a manutenção dos vínculos, a oferta de suporte aos sujeitos e suas famílias e a segurança de trabalhadores e usuários exigiram o cuidado atento das equipes.

Nessa direção, o Programa de Extensão Emergencial Pensar junto/Fazer com: saúde mental em tempos de covid-19 surgiu com a oferta de espaços de trocas de afetos e ideias, com a abertura para a criação coletiva de novas estratégias de enfrentamento. O debruçamento conjunto sobre os desafios impostos por essa nova realidade, a busca de referências para pensar as diferentes dimensões do cuidado em saúde mental para esse contexto, em um espaço aberto de trocas e partilhas, abriu brechas para a esperança e para a criatividade entre os trabalhadores.

Ressignificando princípios arraigados em nosso imaginário de que a presença corpo a corpo é essencial ao cuidado em saúde mental e de que o isolamento é sempre produtor de sofrimento, nos reinventamos na presença virtual e na criação de estratégias de manutenção do permanecer em casa como modo necessário para o cuidado e a segurança coletiva. A universidade mostrou-se fundamental no apoio ao processo de repensar os modos de se fazer presente junto aos usuários, de operar na atenção à crise, na articulação de redes, com atenção ao cuidado do trabalhador, considerando que as mudanças impostas pela realidade da pandemia atingiram diferentemente os territórios, ampliando vulnerabilidades.

Internamente, foi organizada uma comissão com trabalhadores dos dois CAPSia e seus apoiadores para discutir a adaptação dos serviços a nova realidade. Scherer, Pires e Schwartz (2009, p. 722) afirmam: "Há necessidade de construção de um processo de co-responsabilização entre profissionais, usuários e gestores na definição e realização da atenção a saúde". Essas discussões permitiram a construção de um documento, que foi apresentado à coordenação de saúde mental, enfatizando a necessidade de recursos tecnológicos para a continuidade dos trabalhos.

A rotina dos serviços foi modificada, a secretaria da saúde permitiu o trabalho em escala, priorizando o teleatendimento que, na maioria das vezes, era feito com o uso do recurso do próprio profissional. Os acolhimentos de casos graves, principalmente de pacientes em crise ou com tentativa de suicídio, foram mantidos de

maneira presencial, e o uso de vídeos para atendimentos dos pacientes menores, muitos deles com diagnóstico de autismo, foi um recurso muito utilizado. Algumas vezes, era solicitado que os pais gravassem a realização de atividades, para que o profissional avaliasse e desse um retorno para eles. Já os adolescentes eram contactados ou através de videochamadas ou através do uso de telefone.

O contato com G., uma criança usuária de 7 anos, ilustra algumas adaptações construídas. G. apresentava atraso no desenvolvimento que repercutia também nas suas habilidades escolares. Durante a pandemia, a criança manteve sua vinculação com a escola e recebia atividades impressas semanais. Antes do início da pandemia, G. participava de um grupo com mais três crianças, cujo objetivo era a interação social, o desafio aos limites de cada um, o respeito aos limites sociais e, principalmente, usar o brincar como forma de expressão das suas angústias e vivências. A dificuldade em G. parar diante de uma tela fez a profissional sugerir que a mãe gravasse pequenos vídeos em momentos específicos e previamente acordados. A profissional assistia aos vídeos e dava um retorno para ela. Desse modo, foi possível trabalhar como a mãe poderia intervir melhor ao acompanhar as atividades de G. e como lidar com a birra que ele fazia na hora do banho. Além disso, a mãe pôde se permitir brincar com G., aproveitando esse momento de afastamento social para poder se conectar com o filho, não só de forma autoritária, mas possibilitando que, através do seu olhar, ele fortalecesse sua autoestima, reverberando em atitudes que implicariam uma maior segurança ao realizar suas atividades.

Entre os adolescentes, observamos que o atendimento remoto se apresentou como uma estratégia que permitia maior interação: alguns relatavam que, ao não precisarem se expor presencialmente, sentiam-se mais confortáveis e confiantes para a interação virtual, seja no acompanhamento das atividades terapêuticas, ou nos grupos novos criados a partir da imposição do novo funcionamento da pandemia. Assim, uma adolescente de 14 anos pontuou, em um dos atendimentos, que no período de pandemia construiu novos vínculos com os colegas de turma de um curso, que iniciou remotamente, e que se sentia mais à vontade nesse modo de aproximação com outros jovens.

Os atendimentos remotos envolviam também a orientação às famílias quanto às medidas de segurança para evitar contágio da covid-19, além da oferta de informações seguras, bem como o suporte para o desenvolvimento de atividades de cuidado e estimulação que pudessem ser desenvolvidas junto às crianças. O contato virtual com crianças e adolescentes promoveu a manutenção do vínculo e, aos poucos, permitiu a ampliação da oferta de cuidado, com a criação de grupos virtuais que envolviam a participação de familiares e usuários, confirmando-se como vigorosa estratégia de cuidado e apoio.

A observação empírica e a quantificação desses atendimentos demonstraram que essa nova modalidade de atenção ampliou o acesso e adesão dos usuários. A grande dificuldade deles em frequentarem os serviços de saúde mental sempre foi apontada pela inexistência de passe de transporte, pois nem todos têm esse direito. O atendimento remoto quebrou essa barreira, permitindo a continuidade do processo. Assim, uma maior quantidade de usuários foi atingida, ainda que alguns tivessem dificuldade devido ao acesso limitado à internet:

> […] dados empíricos de uma pesquisa com pacientes que se submeteram à terapia via internet, no qual se observou a construção e manutenção da relação terapêutica semelhante às descritas pela literatura de psicoterapias presenciais. (MEYER; PRADO, 2006 apud HALLBERG; LISBOA, 2016, p. 1303)

Cabe, aqui, recuperar a experiência com L., uma adolescente de 16 anos. L. apresentava muita dificuldade no relacionamento com a genitora. A mãe de L. nasceu no interior da Bahia e veio para Salvador, pois queria trabalhar na cidade grande. Um tempo depois da sua chegada, enamora-se por um homem sem admitir, mas o seu discurso sinaliza para a condição de que foi o grande amor da sua vida. Desta relação, nasce L., e logo depois vem a separação. L. cresce sob a marca da frustração, pois sua mãe via seu nascimento como responsável pelo afastamento do companheiro. Para chamar a atenção dessa mãe, L. adoecia. Ela desenvolveu diversas doenças que demandaram internamentos, até culminar com o desenvolvimento de uma depressão crônica, refratária a várias intervenções terapêuticas. Por dois anos, foram utilizados diversos protocolos medicamentosos, L. participou de oficinas e acompanhamento psicológico individual, mas nada era suficiente para retirá-la do lugar de menor valor em que se colocava, além dos pensamentos suicidas constantes.

Os dois anos de intervenção terapêutica se arrastaram e, em dezembro de 2019, o resultado começa a aparecer. L. se reposiciona subjetivamente, percebe seu lugar diante dessa mãe e passa a vislumbrar um novo futuro para ela. Com a chegada da pandemia, em março de 2020, L. e a profissional responsável decidem continuar o acompanhamento psicoterapêutico através de ligações telefônicas semanais. A convivência intensa com sua mãe, a falta de atividades, o medo do contágio, a relação vazia com seu pai, tudo continua sendo trabalhado, e eis que L. atravessa a pandemia confiante, dia após dia passa a criar etapas para o seu futuro, passa a investir em estudos pela internet e acredita no amanhã sem pandemia e com perspectivas para si.

As reuniões tanto das equipes quanto da rede de atenção foram organizadas de maneira a serem virtuais, inclusive com a disponibilidade de cursos promovidos pela

própria secretaria. Essa modalidade agilizou o encontro dos profissionais, servindo de apoio no aspecto desse novo fazer, bem como na articulação de setores diferenciados necessários ao cuidar. A articulação das redes de saúde e intersetoriais se fez ainda mais essencial para o compartilhamento da responsabilidade do cuidado e suporte às famílias em seus territórios.

Considerações finais

A pandemia da covid-19 provocou mudanças profundas, intensas e repentinas nos nossos modos de vida, incluindo o nosso modo de operar o cuidado e o trabalho. Para o campo da saúde mental, a intensificação do sofrimento psíquico da população em geral, que precisou assumir práticas de isolamento e distanciamento social em meio às inseguranças todas do período, foi agravada em contextos sociais mais vulneráveis. Além disso, as mudanças necessárias no modo de estruturar as práticas de atenção e cuidado lançaram-nos no período mais desafiador que vivenciamos desde que a reforma psiquiátrica foi conformada.

Assumir o isolamento e a distância como práticas de proteção e cuidado, enquanto a proximidade com os sujeitos, a presença e o toque se tornaram ameaçadores da saúde, foi, para nós, profundamente desorganizador. Além disso, o trabalho cotidiano vivenciado com a insegurança frente à possibilidade de contaminação pelo novo vírus exigiu um cuidado especial para as equipes para que fosse possível criar brechas de criatividade para o planejamento das novas estratégias de cuidado e suporte aos usuários e familiares.

Nesse contexto, o apoio ofertado pela UFBA, através do Programa de Extensão Emergencial Pensar junto/Fazer com: saúde mental em tempos de covid-19, surgiu como um potente espaço de encontro, acolhimento, troca e suporte, nas dimensões emocional, teórica, técnica e política. O espaço de encontro entre trabalhadores pôde atuar, inicialmente, no compartilhamento das angústias, mas também fomentou a criação coletiva de estratégias de enfrentamento, tanto na mobilização de trabalhadores para a garantia e ampliação de seus direitos nesse contexto específico, quanto na produção de novas estratégias de cuidado à população.

Neste capítulo, buscamos apontar as especificidades na produção e intensificação do sofrimento psíquico entre crianças e adolescentes nesse novo cenário pandêmico, considerando as vulnerabilidades dessa faixa etária, aprofundadas pelas condições de vida que se precarizam ainda mais nas mudanças impostas pela pandemia. Buscamos, também, esboçar as estratégias inicialmente adotadas pelos serviços especializados dos CAPSia para a manutenção e ampliação do cuidado.

O uso da tecnologia como maior aliado dos atendimentos mostrou-se eficaz na produção de vínculo, bem como capaz de operar mudanças subjetivas mesmo em um cenário tão difícil. Além disso, demonstrou que, diante de tantos impedimentos, o trabalho em equipe, o apoio da rede e a discussão entre os vários parceiros asseguraram a continuidade de serviços e acolhimento dos usuários, confirmando os CAPSia como espaços garantidores dos direitos e proteção das crianças e adolescentes em sofrimento psíquico.

Referências

BELOTTI, M. *et al*. Concepções de profissionais de saúde sobre as atribuições de um Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil. *Psicologia*: Teoria e Pesquisa, Brasília, DF, v. 34, p. 1-9, 2018. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-37722018000100529&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 10 dez. 2020.

BELOTTI, M. *et al*. Percepções sobre o processo de trabalho em um centro de atenção psicossocial infantojuvenil. *Temas em Psicologia*, Ribeirão Preto, v. 25, n. 4, p. 1547-1557, 2017. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/tpsy/v25n4/en_2358-1883-tpsy-25-04-1547.pdf. Acesso em: 10 dez. 2020.

BRASIL. Presidência da República. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. *Diário Oficial da União*: Brasília, DF, 2001. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm. Acesso em: 2 dez. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. *Crianças na pandemia covid-19*. Brasília, DF: Ministério da Saúde; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2020a. Disponível em: https://www.fiocruzbrasilia.fiocruz.br/wp-content/uploads/2020/05/crianc%CC%A7as_pandemia.pdf. Acesso em: 10 jan. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. *Saúde mental e atenção psicossocial na pandemia covid-19*: violência doméstica e familiar na covid-19. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020b. Disponível em: https://portal.fiocruz.br/sites/portal.fiocruz.br/files/documentos/saude-mental-e-atencao-psicossocial-na-pandemia-covid-19-violencia-domestica-e-familiar-na-covid-19.pdf. Acesso em: 10 jan. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. *Diário Oficial da União*: Brasília, DF, 2002. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html. Acesso em: 2 dez. 2020.

DA MATA, I. R. S. *et al*. *As implicações da pandemia do COVID-19 na saúde mental e no comportamento das crianças*. Brasília, DF: [*s. n.*], 2020. No prelo. Disponível em: https://cdn.publisher.gn1.link/residenciapediatrica.com.br/pdf/pprint377.pdf. Acesso em: 10 jan. 2021.

FIALHO, M. B. Fundamentos da atenção à crise e urgência em saúde mental. *In*: ZEFERINO, M. T. *Crise e urgência em saúde mental*: fundamentos da atenção à crise e urgência em saúde mental. Florianópolis: UFSC, 2014. p. 11-57.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. A quarentena na covid-19: orientações e estratégias de cuidado. Saúde mental e atenção psicossocial na pandemia covid-19. *Fiocruz*, Brasília, DF, 2020. Disponível em: https://www.fiocruzbrasilia.fiocruz.br/wp-content/uploads/2020/04/Sa%c3%bade-Mental-e-Aten%c3%a7%c3%a3o-Psicossocial-na-Pandemia-covid-19-A-quarentena-na-covid-19-orienta%c3%a7%c3%b5es-e-estrat%c3%a9gias-de-cuidado.pdf. Acesso em: 15 jan. 2021.

HALLBERG, S. C. M.; LISBOA, C. S. de M. Percepção e uso de tecnologias de informação e comunicação dos psicoterapeutas. *Temas em Psicologia*, Ribeirão Preto, v. 24, n. 4, p. 1297-1309, 2016. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tp/v24n4/v24n4a06.pdf. Acesso em: 25 jan. 2021.

LUCAS, L. S. *et al*. Impactos da pandemia de covid-19 na saúde mental de crianças e adolescentes: orientações do Departamento de Psiquiatria da Infância e Adolescência da Associação Brasileira de Psiquiatria. *Revista Debates em Psiquiatria*, São Paulo, abr.-jun. 2020. Disponível em: https://d494f813-3c95-463a-898c-ea1519530871.filesusr.com/ugd/c37608_710e91abd4dd4d088000a38df7ad64c7.pdf. Acesso em: 10 jan. 2021.

MUYLAERT, C. J. *et al*. Narrativas sobre as trajetórias de profissionais de serviços de saúde mental infantojuvenil. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 45-59, 2015. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462015000400045. Acesso em: 4 dez. 2020.

ORNELL, F.*et al*. Violência doméstica e consumo de drogas durante a pandemia da COVID-19. *Pensando Famílias*, Porto Alegre, v. 24, n. 1, p. 3-11, 2020. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-494X2020000100002&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 14 mar. 2021.

PINHO, E. S.; SOUZA, A. C. S.; ESPERIDIÃO, E. Processos de trabalho dos profissionais dos centros de atenção psicossocial: revisão integrativa. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 23, p. 141-151, 2018. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/csc/v23n1/1413-8123-csc-23-01-0141.pdf. Acesso em: 10 dez. 2020.

POLANCZYK, G. V. *et al*. *Orientações para pais de crianças e adolescentes com problemas emocionais e comportamentais no contexto da pandemia* COVID-19. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 2020. Disponível em: https://www.ipqhc.org.br/wp-content/uploads/2020/05/Psiquiatria-Infantil-COVID19.pdf. Acesso em: 10 jan. 2021.

SANTANA, S. R. *et al*. Os desafios dos serviços psicológicos mediados pelas TIC no contexto da pandemia do coronavírus. *Revista de Biblioteconomia e Ciência da Informação*, Campinas, v. 6, n. 1, p. 59-71, 2020. Disponível em: https://periodicos.ufca.edu.br/ojs/index.php/folhaderosto/article/view/471/432. Acesso em: 20 jan. 2021.

SCHERER, M. D. A.; PIRES, D.; SCHWARTZ, Y. Trabalho coletivo: um desafio para a gestão em saúde. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 43, n. 4, p. 721-725, 2009. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rsp/v43n4/90.pdf. Acesso em: 10 fev. 2021.

POÉTICAS DA LOUCURA E O BRINCAR DE VIVER

artes cênicas e saúde mental

FERNANDA COLAÇO • DENISE COUTINHO

Apresentação

A melhor parte depois da realização de uma pesquisa é poder fazer a partilha. Compartilhar aquilo que nos últimos anos nutriu (e ainda nutre) o fazer artístico, sempre curioso e investigativo, na interface das artes cênicas com a saúde mental. Assim foi com a Roda de Conversa Artes e Saúde Mental: criação de cuidado e afetos, organizado pelo Instituto de Psicologia da Universidade Federal da Bahia (IPS/UFBA).[1] Uma roda configurada em modo virtual decorrente da situação de distanciamento imposta pela pandemia da covid-19. E ainda que estivéssemos cada uma em um lugar diferente, a distância física não constituiu obstáculo para o encontro, talvez até o tenha potencializado.

A roda de conversa conectou em nós aquilo que havia de mais sensível e alegre naqueles e naquelas que se fizeram presentes. A roda rodou em sentido contrário à engrenagem nefasta da pandemia, porque naquele momento falamos e trocamos ideias, entre outras coisas, sobre poéticas da vida, sobre nossa capacidade como

1 Realizada em 25 de novembro de 2020, mediada por Fernanda Colaço e Paulo de Tarso de Castro, promovida pelo Programa Emergencial de Extensão Pensar junto, Fazer com: saúde mental em tempo de covid-19.

coletivo de produzir vida, trilhada com arte, com familiaridade ou mesmo estranhamento com o contexto da saúde mental.

A nossa roda foi dividida com Paulo de Tarso, musicoterapeuta, com grande familiaridade no campo da saúde mental. Realizamos um diálogo a partir de nossa experiência de trabalho com usuários da saúde mental em um Centro de Atenção Psicossocial (Caps), no interior da Bahia, e como membro do grupo de teatro Os Insênicos, também formado por usuários de serviços de saúde mental. Nosso caminho buscou mostrar como a experiência em artes cênicas pode trazer reflexões e ações sobre processos criativos, permitindo que as pessoas envolvidas ampliem suas experiências de vida e de arte.

O trabalho nesses ambientes nos proporcionou verificar uma hipótese: a imersão criativa em artes cênicas, conduzida e coordenada por educadoras(es) artistas, pode de fato produzir modos de subjetivação criativos, e que estão presentes em estado de potência em cada um(a) de nós. Essas pessoas que, entre outras coisas, também são usuárias de serviços de saúde mental, participaram de oficinas artísticas conosco e progressivamente começaram a ocupar outros espaços de vida, produzir outras imagens e narrativas sobre si e seus próximos, habitar seus corpos de outras maneiras. Por isso, fomos em busca de uma poética da loucura.

Sabemos que há experiências exemplares de trabalhos em artes cênicas com pessoas usuárias de serviços de saúde mental no Brasil. Em nossa tese, organizamos e analisamos essas experiências de modo detalhado. Aqui, trazemos algumas fagulhas dessas iniciativas e apresentamos com mais destaque o trabalho realizado com e pelo grupo teatral baiano, Os Insênicos que, desde 2010, ocupa espaços variados nas artes cênicas de Salvador, tendo se tornado uma referência nacional pela qualidade e permanência dos trabalhos artísticos que produz.

Para traçar um paralelo sobre modos de estar em cena, modos esses que sustentam atores e atrizes do grupo Os Insênicos, assim como acontece com outros grupos de teatro com propostas semelhantes, introduziremos inicialmente uma personagem fascinante que é a própria loucura. O autor é o filósofo Erasmo de Rotterdam e a obra *Elogio da loucura*, produzida na Renascença europeia. Segundo Foucault (2010), com esta obra, a experiência literária trata pela primeira vez do fenômeno da loucura com uma consciência crítica. Obra inovadora para seu tempo e, por que não dizer, atual para os dias de hoje.

Com essa personagem é possível compreender que o amor-próprio é como o sal da vida e a eloquência da loucura resulta numa poética de vida. Com isso, é possível deixar marcas amorosas no mundo. O paralelo que propomos com os trabalhos que apresentaremos aqui é que são experiências artísticas, em teatro ou performance, que

rompem com padrões estéticos tradicionais e fazem desses momentos – de produção interna coletiva e de exposição pública – comunhão.

Antes da cena ser vista por uma plateia, ela precisa ser trabalhada e retrabalhada pela matéria-prima da criação, no caso, histórias de vida dessas atrizes e atores, usuários da saúde mental. Na urdidura do trabalho, tal matéria-prima se transforma em material poético, nutrido pela capacidade exercitada que cada um(a) tem de se colocar em jogo e brincar de viver.

O caminho da arte para a saúde mental

Nossa pesquisa foi, em primeiro lugar, um compromisso afetivo e ético com essas pessoas através de nossas ações, práticas de trabalho e formas de convívio. Por isso, qualquer reflexão trazida aqui deve estar conectada com os e as artistas de Os Insênicos e do Caps de Amargosa que nos provocaram (e ainda provocam) a sentir a novidade do mundo, a beleza do humano e a compreender que novas realidades podem ser construídas pela via do trabalho coletivo, da alegria e da confiança em nós mesmos. Pela via da criação, que também é investigação, compreendemos como a experiência artística – pelo fazer brincante – faz emergir questões ligadas à vivência desses e dessas artistas, suas histórias, impulsionando e orientando as criações.

Para compor os trabalhos, percorremos um caminho de mão dupla. Inicialmente, coletamos e analisamos registros de trabalhos no Banco de Teses da Capes, tendo como foco produções em artes cênicas na interface com a saúde mental. Após analisar esse material, e em paralelo com as vivências nos dois grupos (o do Caps e o Insênicos), iniciamos uma reflexão/ação sobre aspectos teórico-metodológicos que cruzam e sustentam essa interface. As investigações capturadas no Banco de Teses da Capes mostraram quem são os profissionais que desenvolvem oficinas e projetos com artes cênicas no contexto da saúde mental, principalmente em Caps e hospitais psiquiátricos. Além disso, quais os interesses com tais iniciativas (de natureza terapêutica ou artística), as implicações das metodologias de trabalho para organizar e assegurar os processos criativos e dilemas sobre realidades x expectativas estéticas resultantes dos trajetos.

Já a exploração da criação artística foi expandida na interação com duas atrizes e um ator dos Insênicos sobre suas experimentações teatrais há dez anos. Compreende-se a função lúdica, ao entender que a ideia do brincar, jogar, improvisar é um espaço potencial, ao mesmo tempo compartilhado e singular. (WINNICOTT, 1975) Reiteramos, assim, o valor da produção da cena para aqueles e aquelas cujo

interesse é o trabalho com o viver imaginativo e criador. E, com base na percepção criativa, verificamos que outros modos de viver são possíveis, tendo a arte, o trabalho coletivo e a reinvenção de si e do mundo como o sal da vida.

Tal pensamento surge a partir das palavras da personagem de Rotterdam (2006), que se coloca como protagonista da vida e sustenta uma posição ousada de autoelogio. Com sua obra, Rotterdam levou a loucura à condição de sujeito falante, isto é, a possibilidade de falar de si, dos seres humanos (sua natureza, crueldade e máscaras), da sociedade, das instituições e da vida. Fruto do prazer e do amor livre, a loucura vai tecendo seus feitos, a cada pequeno capítulo, encarando o universo como seu templo e, logo, mostrando o quanto se faz presente na vida, principalmente pela via do amor-próprio, da amizade, da alegria e dos delírios. A loucura confere sabor à vida, é o que ela afirma de si mesma. Para isso, deixa claro o lugar da razão e das paixões, devendo essa última ser tomada de corpo inteiro. E se ao corpo são entregues as paixões, esse é o lugar privilegiado da experiência e da conexão com o mundo e a cultura.

Quem é do campo das artes compreende e incorpora de forma mais cotidiana que é no corpo que a vida acontece. Assim, pudemos encarar a primeira experiência de teatro dentro de um Caps. Era notório que o trabalho se sustentava no corpo. Como não lembrar da chamada do samba de roda que abria as oficinas de teatro "Ê mãe d'água,[2] solta o cabelo e cai n'água!", convidando todo mundo a brincar com o corpo pela via da dança?

O primeiro aprendizado com a personagem de Rotterdam foi entender que a eloquência da loucura vinha da sofrida experiência com a vida e os seres humanos, e também da confiança em si. A força e a vitalidade da loucura remetem a uma senhora cabocla de cabelos brancos que passou a ser presença marcante e pulsante na experiência criativa da oficina de teatro. Sua eloquência se apresentava com exuberância, quando puxava os sambas de rodas e começava a contar suas histórias de vida, que serviram de aparato das cenas criadas para o espetáculo do grupo, *Memórias em jogo*. Com essa mulher, compreendemos verdadeiramente que estar e manter-se em cena significa trazer e elaborar aquilo que é de seu domínio, que ela já conhece, mesmo que não o saiba, e que este material não é somente dela, mas

---

2 A imagem que se faz da Iara, ou Mãe d'Água, em geral, é a de uma sereia, mulher da cintura para cima, peixe da cintura para baixo. Segundo Luís da Câmara Cascudo, esse é um mito de origem europeia, que chegou ao Brasil na segunda metade do século XIX. Não está documentado nenhum mito semelhante entre indígenas brasileiros dos séculos XVI, XVII e XVIII pelos cronistas e viajantes que percorreram o Brasil. Existem várias mães dos diversos elementos da natureza (a Mãe do Mato, a Mãe do Fogo, a Mãe da Fruta etc.). Disponível em: https://educacao.uol.com.br/disciplinas/cultura-brasileira/mae-dagua-sereia-europeia-ou-orixa-africano.htm. Acesso em: 20 mar. 2021.

provém do cabedal cultural a que pertence. Com ela, entendemos que dar forma e conteúdo à cena perpassa primeiro pelo corpo, para depois dar espaço a falas, gestos e histórias trazidas livremente pelas lembranças e pelo esquecimento.

Das conexões que estabelecemos entre a obra de Rotterdam e a primeira experiência realizada, vimos que tal eloquência tinha a ver com modos de fazer teatro em grupo com pessoas diagnosticadas com transtornos mentais. Reflexão que parte do como fazer: como o(a) artista faz a sua arte? Como expressa modos de inventar e comunicar? Modos, por vezes, e à primeira vista, frágeis por seus excessos (de falas, pensamentos, gestos e movimentos de corpo), assim como por ausências. Modos aparentemente precários, na forma de falar, no ritmo excessivamente lento e engessado dos corpos, nas mãos trêmulas, nos estados de ânimo alterados. E subversivamente potentes pela capacidade de impor-se criativa e cenicamente, muito além do imaginado, rompendo um tipo de padrão de cotidiano que se costuma confundir com realidade.

Nessa experiência, entendemos que "fica o que significa" (BOSI, 2007) e, portanto, para esses sujeitos, estar em cena se relacionava diretamente com o brincar do corpo que é memória, sendo possível tornar-se cena aquilo que somos capazes de lembrar (que também inclui a capacidade de esquecer) e inventar. A personagem de Rotterdam se presentificou naquela experiência, na medida em que os membros do grupo se colocavam em cena de forma eloquente por meio de suas narrativas e disposição para o jogo.

Como fazer com que a "loucura" fale (para além da oralidade), numa produção de imagens e narrativas que identifiquem o material poético, tendo o campo sensível das artes cênicas como motor para o trabalho? Nesse sentido, o processo criativo e a ideia de poética assentam diretamente sobre o lugar da criação e de quem cria. Assim, o modo de fazer cênico, com tais especificidades, tornou-se o foco de uma reflexão individual, mas também em grupo.

Verbo assentar entendido mais no sentido de estar apoiado e circunscrito num determinado tempo e espaço, para produzir uma arqueologia da criação, do que estar estável, estática, pois processos criativos se caracterizam por seu caráter de incompletude geradora do gesto criador em ação. (SALLES, 1998) O processo criativo resulta na poética traduzida como modo operativo singular que se faz eficaz quando ligado ao tempo de cada artista, levando em consideração aspectos comumente negligenciados, como a espiritualidade. Tais poéticas (ou *poiéticas*), quando instauradas, revelam a conduta criadora. (PASSERON, 2004) Com o grupo teatral Os Insênicos, pudemos ampliar o olhar sobre como esses sujeitos fazem sua cena e, ao fazê-la, produzem arte, teatro. Com isso, aspectos autorais foram repercutidos na poética

do grupo. Quanto mais se dispõem a criar, se colocam em jogo na experiência, mais experimentam a vida e inventam formas de viver, tanto do ponto de vista individual como em coletivo. Juntos e juntas, compreendemos que, para colocar-se em criação, precisamos primeiro valer-nos de amor-próprio. Como dizia a Loucura,

> Sequer conseguirás ser decente para contigo mesmo, e muito menos para com os outros, a não ser graças a essa feliz *Philautia* [amor-próprio] […] como se poderia aparecer com graça, encanto e ter sucesso, estando descontente consigo mesmo? (ROTTERDAM, 2006, p. 32)

Damos ênfase, aqui, a aspectos e valores socialmente diminuídos, por vezes invisibilizados: cuidado, amorosidade e afeto. Ao relatar a arte e a realidade desse grupo teatral baiano, interessamo-nos por acontecimentos e histórias tidos como "insignificantes", e observamos como ganham potência e novos sentidos para a vida. Esses e essas artistas trouxeram pistas de como dedicam sua arte à vida e como compreendem seus modos de criação. Nessa inscrição de pequenos, corriqueiros e profundos processos, atuam, tornando-se visíveis em diferentes espaços (social, artístico, político) e dando sentido a suas experiências.

A potência de vida exercida pela arte tem sentido vitalizante. Ao mesmo tempo, temos tantos outros poderes que diminuem nossa potência, sendo o corpo o lugar do domínio e da repressão, seja do sistema de poder sobre os corpos, seja no encontro singular com aspectos culturais, raciais, de gênero, de razão/desrazão, sexuais, produzindo dominações, sofrimento, silenciamento e, também, afirmação, alegria, afetos compartilhados. Um poder exercido sobre corpos com seus discursos, modelos e afirmações que normatizam e excluem corpos. Corpo-obeso, corpo-lento, corpo-diferente, corpo-invisível em sua precariedade, quando institucionalizado e reduzido à doença. Corpo-desejo, corpo-pulsante, corpo-criativo, corpo-imagem em sua potência, quando provocado a experimentar-se livre e autônomo, capaz de comunicar e expandir territórios de atuação e intervenção.

A política que queremos destacar aqui é a da poética que se contrapõe a esquemas de poder sobre os corpos, figurados nas relações de dominação, e que afirma e inventa outras corporalidades. E é no contexto das artes, e em especial das artes cênicas, que trabalhamos com o poder dessas outras corporalidades, em poéticas que se contrapõem a modelos e formas hegemônicas de corpos e de corporalidades. Poesia e política na perspectiva da liberdade para compartilhar a vida coletivamente, como experiência compartilhada na cidade, *polis* – que dá origem à palavra "política". Poética política que, compartilhada, gera relações de poder a serem permeadas por sentidos de liberdade, gerando novas possibilidades de vida.

Na contramão de políticas autoritárias que ganham cada vez mais espaços com suas estratégias de produzir medo, contra essa produção de realidades bizarras vividas nos últimos tempos, insistimos em animar um debate sobre modos de fazer poesia – *poiesis* – implicada em processos criativos de arte-saúde que trabalham como condição de resistência, fortalecendo-se no amor e produzindo poéticas políticas e políticas poéticas. Ao tempo em que mobilizam emoções e sensibilidades, impulsionam a quebra dos padrões de repressão, medo, ódio, rivalidades e também nosso desejo de exercer práticas de liberdade, com amor, desbloqueio de corpos e arte.

O grupo teatral Os Insênicos

Com Os Insênicos, o exercício da criação é a busca do fazer junto numa operação entre o conhecido e o desconhecido, visando colocar o ser humano em debate e, assim, deflagrar novas possibilidades. Assim foi a experiência do grupo desde o seu início, em 2010, que se colocava na ordem de um novo destino: errante, conhecendo abismos e derrubando fronteiras em seu fazer teatral, certeiro em seu propósito de ritualizar o encontro, pela ética do afeto e o desejo de criar cenicamente outras realidades. Hoje, o grupo soma em seu repertório quatro espetáculos: *Os Insênicos* (2010), *Cidade em versos* (2011), *Baladas de amor* (2012) e *"Quem está aí?"* (2017). Em 2020, diante da pandemia e da necessidade do distanciamento físico, o grupo se reinventa em seu processo criativo e cria um programa de cinco episódios, totalmente produzido em modo virtual e compartilhado nas redes sociais do grupo, o *Café Biruta*. Na trajetória artística, muitos desafios de criação e sustentabilidade permearam os Insênicos e os mantêm firmes e em atividade contínua.

Atualmente, o grupo é formado por dezessete pessoas, entre 25 e 65 anos, sendo quinze atrizes e atores, usuários de serviços de saúde mental de Salvador, a diretora Renata Berenstein, além da presença de uma de nós, Fernanda, experimentando o lugar de apoiadora "volante" desde 2017, quando comecei a vivenciar e colaborar com a produção artística do grupo, ora como atriz, como assistente de direção, como produtora cultural e tantas outras funções que um grupo teatral exige. Cada um de nós, aos seus diferentes modos, se interessando e se dedicando em fazer teatro. A aproximação com o grupo foi muito fácil e tranquila. Conhecer os trabalhos do grupo desde o seu começo e acompanhá-los pelos palcos da cidade ajudou bastante.

A experiência, seja da pesquisa ou da criação artística, mostrou que uma política da narratividade se organizava com os lugares e as vozes de cada sujeito envolvido. Narratividade no sentido de realizar com elas e eles descrições e análises dos processos criativos produzidos em grupo, tomando o discurso como possibilidade de ampliação de nossas noções sobre fazer teatro.

Ainda que nossa participação fosse um tanto delicada de se cumprir, ao ajudar esses sujeitos a assumir sua própria voz e participar dessa "subjetividade-coletiva" chamada Insênicos, houve um engajamento coletivo, requerendo de cada uma de nós, a cada encontro, uma ética do cuidado e atitudes que estiveram muito próximas da clínica, em um sentido de cuidado ampliado.

Interfaces artes e saúde mental

A quem interessa a realização de experiências de artes cênicas no contexto da saúde mental? Para que servem experiências de artes cênicas na saúde mental? Há uma especificidade nas artes cênicas na relação com o campo da saúde mental? Tudo depende de que campo de conhecimento parte o interesse em desenvolver o trabalho: ciências humanas, saúde e artes se destacam nessa empreitada e trarão respostas implicadas diretamente às concepções teóricas de cada campo sobre seus papéis, métodos de trabalho e dos sujeitos envolvidos.

Aspectos comuns de diversos campos apresentam cruzamentos[3] cada vez mais desejados e impulsionados por sujeitos que convocam experiências nessa interface. Surgem, então, iniciativas que buscam reconhecer determinadas invenções operadas nas fronteiras e nos interstícios deixados em seus trajetos criativos, e que repercutem em liames significativos de saberes reconstrutores dos sujeitos envolvidos.

Para a realização e divulgação de experiências como essas, é necessário ao menos um sujeito que realize ou pesquise no trânsito entre os ambientes e práticas das artes cênicas e saúde mental. Movimentos que surgem ora porque os sujeitos idealizadores trabalham na saúde mental, têm o conhecimento e a crença de que o

3 A palavra "cruzamento" é um bom sinônimo de encruzilhada e remete à tese *Pedagogias das encruzilhadas*, de Luiz Rufino Rodrigues Junior (2017). O autor propõe invocar e encarnar as potências de Exu, divindade iorubana transladada na diáspora, que emerge como símbolo de um projeto político/poético/educativo outro que problematiza e desconstrói modos edificados pela lógica colonial e pela razão dominante. A educação é apresentada como caminhos, possibilidades de reinvenção de seres, uma resposta responsável e comprometida com a justiça cognitiva/social e com a vida em sua diversidade e imanência. Trata-se, portanto, de uma pertinente conexão sobre a perspectiva adotada daqueles e daquelas que compreendem a emergência e, ainda, ampla possibilidade de investigação de novas práticas e saberes nas interfaces e interstícios dos saberes e das práticas sistematizadas.

trabalho com as artes cênicas pode colaborar e responder as questões levantadas na rotina de trabalho com alguns usuários, ora num fluxo contrário, quando sujeitos oriundos do campo das artes se aproximam dos espaços da saúde mental e se veem convocados a trabalhar com essas pessoas na elaboração de obras artísticas, em especial teatro, performance, artes visuais.

Ao examinar as pesquisas selecionadas no Banco de Teses da Capes, por meio da leitura dos resumos, dos sumários e alguns capítulos específicos, foi possível verificar que os projetos variam em termos de grandes áreas: saúde (enfermagem psiquiátrica e saúde coletiva), humanas (psicologia, educação) e artes. Desta última, teatro, performance e dança são mais utilizadas e o trabalho com *clown* surge de forma tímida na derivação. De um modo ou outro, na junção do teatro e da performance, criações cênicas com usuários da saúde mental mostram suas aberturas para acolher esses sujeitos e permitir que experimentem diferentes ritmos, tempos e formas de comunicação e expressão.

Conforme Amarante (2012), há um aumento progressivo de pesquisas produzidas no Brasil na interface desses campos, o que certamente ocorreu em número mais expressivo com experiências que não se encontram sistematizadas, ou seja, são realizadas fora das universidades. Essas ocorreram em uma dinâmica de produções muito maior, visto que, desde a década de 1980, as lutas de reforma pelas políticas da saúde mental têm buscado a eliminação de métodos invasivos, como o eletrochoque, e a inclusão de práticas que priorizam o cuidado, pela valorização da subjetividade.

Nesse percurso de reformulação e transformações no campo da saúde mental no Brasil, as novas práticas pelo fazer artístico têm sido apropriadas gradativamente, sobretudo por profissionais do campo psi que utilizam a arte como ferramenta terapêutica. É sempre importante lembrar que tais iniciativas não devem reduzir as artes a um instrumental das ciências, como lembra Amarante (2012, p. 10):

> Tradicionalmente a arte tem sido utilizada como instrumento terapêutico para os transtornos mentais, daí a origem de expressões como arteterapia, musicoterapia, dentre outras tantas. Em que pese a importância de iniciativas nesta tradição, corre-se o risco de reduzir a arte ao paradigma da ciência, conduzindo-a por meio de técnicas e objetividades próprias da pretensão científica da certeza e da verdade. Mas a arte tem seus modos de ser, que passam mais pela estética e pela produção de subjetividades e sentidos.

Das pesquisas coletadas por nós, foi possível verificar o interesse das ciências humanas, notadamente a psicologia, e da saúde coletiva/psiquiatria em desenvolver

e sistematizar experiências artísticas com pessoas com transtornos mentais.[4] Inicialmente, é possível constatar que profissionais do campo psi e da saúde realizam experiências teatrais, seja porque os espaços de tratamento para usuários da saúde mental fazem parte das suas rotinas de trabalho, porque se encontram mais disponíveis e interessados em realizar outras práticas de cuidado, ou porque têm familiaridade com o fazer artístico. Destacamos duas categorias de experiências: a primeira, na qual profissionais psi e da saúde coletiva com conhecimento e familiaridade com arte coordenam oficinas de teatro; a segunda, em que profissionais da arte se aproximam dos espaços da saúde mental e realizam oficinas teatrais.

Dessa percepção inicial, veio a curiosidade em compreender os motivos pelos quais profissionais de psicologia interessavam-se por relatar e analisar experiências teatrais nos espaços de tratamento e cuidado da saúde mental. Suas vivências com a arte vão de oficinas de teatro (teatro do oprimido, psicodrama, teatro espontâneo com base em jogos teatrais e jogos dramáticos) a arteterapia como um estudo pontual ou regular. Tais profissionais realizaram suas pesquisas em programas de pós-graduação em psicologia, saúde coletiva e enfermagem psiquiátrica. Por suas experiências com arte, realizaram oficinas no papel de facilitadores do processo artístico e coordenadores dos grupos. Em outros casos, o interesse das artes cênicas perpassa pela ampliação da produção estética, daquela(e) que já desempenha o papel de psicóloga(o) em práticas de cuidado cotidiano.

Para esses e essas profissionais, há, em suas práticas artísticas, uma oportunidade de inseri-las em seus ambientes de trabalho, sejam eles hospitais psiquiátricos ou Caps, sendo esse último um lugar privilegiado de experimentação e no qual delineiam seus interesses no aspecto terapêutico.

A segunda categoria trata de profissionais da arte que se aproximam dos espaços da saúde mental e realizam oficinas teatrais. Das pesquisas que são realizadas em programas de pós-graduação em artes, pesquisadores(as) e facilitadores(as), nas artes cênicas, são os que fazem o movimento de ir ao encontro dos espaços de acolhimento e cuidado da saúde mental, como foi o nosso caso.

O que se verifica nesse outro movimento de ida dos artistas aos espaços de saúde mental é a desconstrução de métodos, de saberes prévios e de qualquer "guia metodológico" das artes cênicas que se queira aplicar na experiência. Tudo é colocado à prova e ressignificado. Ao mesmo tempo, um fluxo interativo é instaurado, na medida em que se percebe que o aspecto fundante do artista, que naquele con-

4 Os médicos psiquiatras Osório César, Nise da Silveira e Raffaele Infante são pesquisadores que desenvolveram experiências com arte, saúde mental e loucura e são citados como referência nas pesquisas selecionadas.

texto também acaba por se colocar como trabalhador(a) da saúde mental, deve ser manter-se com os "olhos livres" para ver-sentir-dialogar e se colocar em jogo, conforme a necessidade de cada sujeito que, em sua singularidade, compõe um grupo desejoso de estar junto e criar coletivamente.

Nas duas categorias, os(as) interessados(as) em realizar experiências de artes cênicas na saúde mental se colocaram na perspectiva de quem "fala sobre a experiência" a partir de seus objetos e objetivos de pesquisa, além de envolver os usuários da saúde mental e a eles dar a possibilidade de comunicar aquilo que extrapola a lógica consciente ou a linguagem cotidiana. Em sua maioria, as pesquisas partiram de experiências artísticas com vínculo institucional, principalmente os Caps.

Nesse sentido, o contexto em que ocorreram as experiências criativas, em sua maioria institucionalizado, nos faz avançar para a questão: para que a experiência das artes cênicas na saúde mental? É certo que os campos de conhecimento de onde surgem as investigações delineiam seus propósitos no que propomos como sendo três modos de olhar por categorias.

Com a leitura das experiências, foi possível organizar três categorias de finalidade de pesquisa: a primeira trata de compreender os sentidos do transtorno mental. Nessa categoria, estão as investigações do campo das ciências humanas e saúde. A segunda trata das contribuições das oficinas artísticas, e as investigações são demandadas por profissionais da psicologia. Na terceira categoria, que trata da produção poética e estética do trabalho realizado, estão as pesquisas em arte.

As primeiras categorias são pesquisas que levantam aspectos e ideias recorrentes do teatro, como uma oficina expressiva, com foco instrumental da arte, considerada como tecnologia de cuidado e entendida como estratégia terapêutica. Os interesses das pesquisas concentram-se na compreensão dos significados produzidos por alguém com transtorno mental na relação com a experiência artística.

Vimos, através das pesquisas oriundas das ciências humanas e saúde, que os grupos teatrais que basearam suas experiências no psicodrama e no Teatro do Oprimido se interessaram em mostrar que o sofrimento psíquico e a loucura não podem ser negados e fazem parte da sociedade e de uma memória compartilhada. E, ao contrário, ao trabalhar com o teatro, é possível estabelecer uma criação artística e lidar com a dor do paciente psiquiátrico.

Na segunda categoria, estão assentadas as pesquisas em psicologia, que mostram que os estudos estão calcados na contribuição das artes em seu alcance terapêutico, como a chamada arteterapia. Ou seja, a arte compreendida como um método usado de diferentes maneiras de expressão e sempre com um objetivo de

comunicação da subjetividade humana, capaz de conectar conteúdos emocionais e ressignificá-los durante a prática artística.

Como terceira categoria, estão aquelas que vêm do campo das artes e que tratam da produção poética e estética do trabalho realizado. Essas se propõem a responder sobre a cena produzida num enfoque do fazer artístico pela comunicação, da descrição e análise do teatro e da performance visando contemplar as diferenças e organizar ideias e desejos da expressão. A subjetividade que interessa aqui é a dos atores e atrizes em contraponto ao controle social e suas influências na produção da cena.

Sendo assim, reflexões sobre teatro e política estão implicadas na medida em que tais experiências de arte e saúde se configuram como espaços de resistência, pela criação de novas possibilidades de interação dos usuários da saúde mental entre si, como grupo artístico, e com a sociedade em geral. Cabem, assim, no campo das artes, pesquisas com interesse no trabalho de atuação dos atores-performers-usuários, com métodos que mais se aproximam de uma organização dos processos, das apresentações (encenações e performances) que afirmam os desejos do grupo, em respeito às suas histórias, limitações e possibilidades e a estética resultante.

Em todas as experiências artísticas ligadas às três categorias, a utilização de jogos dramáticos ou teatrais está na base das metodologias e fundamentações. Diante das diferentes funções e sentidos dados ao trabalho com o jogo, aqueles que vêm do campo da saúde costumam fazer do teatro uma estratégia para alcançar fins que não necessariamente o trabalho artístico, em seu aspecto poético e estético. Assim, a prática teatral surge como "meio" e, através dele, se objetiva alcançar um objetivo de âmbito terapêutico, responder a alguma questão ou testar alguma hipótese de contribuição da oficina artística. Desse conjunto de pesquisas, temos aquelas que buscaram verificar limites da disciplinarização e (re)construção de um corpo autônomo, entender o teatro como tecnologia do cuidado em saúde mental, analisar o discurso e a produção da subjetividade a partir de oficinas de teatro.

Já aquelas que vêm do campo das artes propõem experimentações com foco no processo de comunicação e expressão dos sujeitos, na busca de formas que apontem um fazer teatral mais livre e aberto, em respeito aos tempos dos sujeitos em questão, com métodos e princípios de criação que ampliem suas apropriações discursivas, espaciais, rítmicas e gestuais, ou seja, os modos de estar na criação e na cena.

Nas duas primeiras categorias, para os profissionais da saúde coletiva e da psicologia, o teatro se apresenta, por vezes, como atividade terapêutica. Estabelece como problemática de partida a exclusão social e tem como objetivo final a inclusão. Outro foco é capacitar as pessoas para participar das atividades da vida diária

e melhorar o envolvimento em práticas diversas para um suporte nos engajamentos de trabalho e reabilitação psicossocial. Outras investigações consideram o teatro não propriamente pelo fazer artístico, mas como maneira de exercitar a criatividade, proporcionar que, na prática criativa, se produzam outros modos de objetivação e subjetivação. Assim, no teatro como arteterapia, o fazer artístico se constitui como mediação no processo de autoconhecimento.

Em todas as três categorias, as pesquisas, seja do campo da arte, saúde ou das ciências humanas, permeiam a ideia de que as artes cênicas na saúde mental servem como um caminho de transformação subjetiva que possibilita maior ampliação da consciência desses sujeitos sobre as experiências vividas e permite experimentar formas diferentes de se expressar e interagir com a realidade. E, nessa perspectiva, de uma concepção estética do humano, o sujeito envolvido é considerado apto a criar e recriar-se, como um ser em constante devir, sendo a arte um catalisador nesse processo.

A partir da leitura dessas experiências de teatro e performance no âmbito da saúde mental, foi possível compreender como pesquisadores(as), facilitadores(as) e encenadores(as) que se disponibilizaram ao trabalho cênico buscaram formas de conceber e construir a cena num processo de criação-composição que, propositadamente ou não, está vinculado a um processo de cuidado da saúde. Trata-se também de um encontro com diferentes demandas, em seus aspectos psicofísicos e sociais, dos sujeitos usuários que participam das experiências. São ainda demandas que exigiam respostas de natureza estética e terapêutica simultaneamente.

Aqueles que se envolvem na jornada da criação artística estabelecem códigos para a comunicação da cena, num fazer-experimentar-pesquisar que está no plano do novo, tanto para quem faz quanto para quem assiste. Os que tentaram um modelo canônico de representação teatral tiveram a sensação que o processo criativo "não deu certo", pois continha exigências que reduziam as possibilidades de criação nas montagens das cenas, numa perspectiva de uso de texto e representação de personagens que "não cabiam" para aquelas pessoas e contexto de trabalho. Tal percepção dava lugar ao questionamento sobre o sentido de se fazer um certo tipo de teatro com aqueles atores e atrizes, uma vez que, no final, havia uma expectativa de que cumprissem um "padrão de normalidade" nos processos criativos.

Nas experiências encontradas, teatro e performance dão conta de acolher necessidades e possibilidades de criação dos atores usuários da saúde mental, uma vez que a condição de imprevisto se impõe no trabalho. Quando esses sujeitos afetados pelas artes cênicas assumem a cena, se permitem executar o que é da ordem dos combinados nos ensaios e repetições, assim como desprezam, ignoram

ou fazem pouca questão do que é marcado exaustivamente. Os relatos das experiências criativas mostram situações que certamente caracterizam esse contexto, principalmente na hora das apresentações, como abandonar o palco, a cena e seus colegas para ir fumar um cigarro, sair de cena para paquerar alguém que estava na plateia, tirar completamente a roupa ou simplesmente afirmar que desistiu de estar em cena, mesmo quando todo o aparato e plateia estão a sua disposição. Ainda, situações como falar devagar demais para pronunciar uma palavra, andar devagar demais como se equilibrando no espaço ou mesmo tudo isso de forma muito rápida e intensa, exigindo do público um movimento para acompanhar e compor aquilo que surge como disparate, precário ou inacabado.

A situação de imprevisto coloca a condição da plateia como um participante que observa não somente o que é estético, aproximando-o das situações daquela vida, nas quais não se sabe o que vai acontecer. Há um distanciamento da representação ficcional, em que atores e atrizes representam algo e o público assiste a uma história demarcada por um texto. "À medida que se quebra com a representação, com a ficção, abre-se espaço para o imprevisto, e, portanto, para o vivo". (COHEN, 2013, p. 97) A cena se estabelece como um rito, provocando o público a não somente assistir, mas a se colocar como cúmplice e em comunhão, valorizando o estado presente da atuação.

Ainda que conectada com a cena contemporânea brasileira, alguns que capitanearam as experiências de artes cênicas em diálogo com o campo da saúde mental estranharam o "inacabamento cênico", surgindo, por parte de facilitadores(as) e encenadores(as), a necessidade de fazer uma justificativa prévia à plateia sobre o trabalho que seria apresentado, numa tentativa de preparar aqueles que veriam as cenas para aqueles espetáculos ou performances. Como o relato de Campos, que evidencia uma clara ambivalência:

> Por que queríamos lembrar o público de que se tratava de um espetáculo diferente? [...] existia o medo da não aceitação de uma estética não padronizada. Antes de iniciar o teatro eu adverti ao público o grupo Gestos não tem preocupação com a estética...Ora como não tem? De que estética eu estava falando? Por que eu nos defendia? Quem eu protegia? (CAMPOS, 2005, p. 74-75)

Mas o incômodo por um trabalho "mal-acabado" não é expressado apenas por quem está responsável por facilitar o trabalho do grupo; entre os atores e atrizes também há a mesma preocupação. Fazer um "teatrinho de Caps" é abominado pelos sujeitos. O diminutivo pejorativo caracteriza a rejeição a um trabalho artístico sem

o devido refinamento estético desejado e sem a presença de um público externo que os prestigie. A expectativa dos que se mobilizam para as experiências criativas pode conectar-se com a cena contemporânea, sem quaisquer justificativas prévias ao público e com um trabalho de encenação que zele pela precisão ou detalhe da cena, ao mesmo tempo em que conceba a entrega e disponibilidade de todos que desejem criar cenicamente, numa flexibilidade rigorosa ou com o rigor necessariamente flexível.

Portanto, para realizar experiências na interface artes cênicas e saúde mental, é preciso ter clareza de que uma linguagem cênica está sendo experimentada. Há situações em que também são descritas experimentações clínicas. Contudo, não se pode prescindir do rigor ético. Além das escolhas sobre os caminhos metodológicos adotados para a realização das experiências com teatro e performance, independentemente dos lugares que ocupam, o mais importante é ter abertura e despojamento sobre conhecimentos previamente adquiridos, uma vez que trabalhar com a loucura é saber que, numa produção coletiva como essa,

> [...] todo disparate ganha um lugar, mesmo ou sobretudo quando representa uma ruptura de sentido. É o caso da palavra Ueinzz, sentido a ser descoberto, proliferado, multiplicado, segundo as várias apropriações a que se presta, mas que também pode tornar-se um ponto de apoio, um chão, um foco de subjetivação para aquele sujeito que o enuncia ou o coletivo que o acompanha. Nisso há uma estética, há uma clínica e há uma ética que poderia ser resumida em pouquíssimas palavras como sendo a de uma certa relação com a diferença. (PELBART, 2008, p. 34)

O sentido da experiência criativa e o brincar de viver entre nós

Em tempos de retrocessos políticos, compreender o processo de criação e de sustentabilidade de grupos artísticos que existiram, e daqueles que ainda existem, permite vislumbrar caminhos para reanimar estratégias de superação das opressões, de valorização das diferenças e de desejos de transformação pessoal e social.

Cena que rompe com a representação, uma história prévia sendo contada e atores representando papeis, e estabelece a atuação como ritual sobre tempo e ritmo de criação, ritual como mediação e comunhão sobre o fazer artístico e sobre o grupo durante o processo. Com isso, emerge o sentido de inventividade, em consonância com a ideia de formatividade de Pareyson (1993), que significa fazer ao

mesmo tempo, inventando o modo de fazer, por ensaio, em direção a um resultado que são formas. É, ao mesmo tempo, *autopoiesis*, autorregulação como capacidade de reinventar-se, tomar novas formas, engendrar linhas de diferenciação que afirmam a vida naquilo que nela não se deixa aprisionar. Ao encenador(a), cabe o papel de impulsionar a criação e catalisar habilidades e desejos de cada ator/atriz/performer, buscando não submeter a proposta a diagnósticos e efeitos de medicações, mas apostando em outras possibilidades cognitivas, afetivas, físicas, comunicativas e artísticas. Dessa perspectiva, é tecida uma poética ou poéticas.

Vimos que os processos criativos não reduzem esses sujeitos ao estado de doença estabelecido pelo diagnóstico médico; ao contrário, dão espaço para sua expressão, ativando a liberdade inerente ao jogo. Para aquele que cria – atores, atrizes e performers que são também usuários(as) do sistema de saúde mental –, é possível romper com os hábitos e as atrofias impostas por uma sociedade que cultiva a normatização e cerceia, de forma estrutural e organizada, ideias e desejos.

A potência da criação artística desses grupos cumpre uma função lúdica primordial, mas essa função estruturante é matéria-prima do trabalho criativo. No processo, reconstrói-se um ser de linguagem, com formas singulares de expressão e comunicação. Partindo dessa premissa, a função do brincar e, nesse contexto, lidar com as circunstâncias de sua existência, abrindo, por meio das artes cênicas, novas possibilidades e caminhos de vida e de não confinamento. Apesar das muitas limitações impostas por internações repetidas e medicações pesadas, esses sujeitos são capazes de sonhar, brincar e criar intermediação com o mundo; são capazes de se refazer como cidadãos e como artistas.

O ato de criar cumpre sua função criativa e integradora do sujeito, com seus equilíbrios e desequilíbrios. Discutir sobre a experiência de criar, pelo brincar e pelo jogo, permitindo que a vida aconteça primeiro no corpo, dispondo-se a improvisar e criar cenicamente ao ter a oportunidade de estar e permanecer num grupo de teatro, sendo esse um espaço potencial de vida e de inventar novas formas de viver. Portanto, podemos entender aqui que a intermediação com o mundo e o brincar, para esses artistas, vai sendo tecido nos ensaios, ao improvisarem, num processo de estruturação que vai paulatinamente se resignificando, como produção e exploração de conteúdos para a cena e na vida, colaborando com a fabricação de novas realidades.

A beleza do processo é perceber cada um e cada uma se refazer a cada encontro, a cada ensaio. E o que faltou em algum momento de suas vidas, ausências, palavras, afetos, entra nesse lugar por meio do brincar, refeito e retrabalhado durante os processos criativos. É uma constante retroalimentação. Cada encontro é um trabalho

intenso e instaurador num constante ressignificar a relação com a dolorosa vivência da loucura, por meio do teatro.

Se, para a senhora cabocla, o sentido de brincar e de estar em cena significa sambar e contar suas histórias das rodas de samba e de reza nas pequenas comunidades do Vale do Jiquiriçá, para atrizes e atores de Os Insênicos o sentido de brincar está em improvisar e sustentar suas cenas, configuradas na dimensão arte e vida, em representar sem representar, fazer personagens sem vivê-las de forma ilusória. Ao contrário, implica trazer sua leitura de mundo e criar o texto, sua forma de atuação no aqui e agora. Implica, ainda, um exercício de autocuidado, como dito por uma das atrizes, ou a liberdade pessoal que impulsiona outra atriz a colorir sua vida, ou uma estratégia de sobrevivência, como o ator que começa a contentar-se consigo mesmo e manter o desejo pela vida. Para todos, o sentido de brincar que permanece é o de risco, imprevisto e prazer.

O prazer das improvisações cênicas, ainda que sejam momentos fugazes, é encarado como tomada de consciência e repercute na vida como recriação de si. É o campo do sensível operando na formação e integração desses sujeitos em suas diferentes dimensões: reorganização psíquica e social, reconhecimento, militância, novos vínculos e pertencimento a uma experiência artística em grupo.

As produções do grupo Os Insênicos e as experiências com o grupo do Caps de Amargosa mostram que o teatro é uma arte viva, que transmite vida e potencializa a criação e invenção, permeadas pelo desejo e pelo prazer daquelas e daqueles que se colocam em jogo, em risco e de forma engajada. Com a experiência teatral, os sujeitos extrapolam suas organizações e possibilidades para diferentes dimensões de suas vidas. Compreendem que a condição de "louco" não anula suas capacidades criativas e, pelo contrário, impulsiona a viver e resistir ao sistema que os invisibiliza e atrofia. Junto com eles e elas, apostamos nessa pulsão criativa que é expressão maior da subjetividade, com novas formas de ser e de interagir no mundo, com recursos que são individuais e outros que são do grupo. A originalidade desses sujeitos artistas está em sua aposta decisiva na força e potência do brincar, de verdade e coletivamente. E através da percepção criativa e compartilhada com o outro podemos sentir que a vida é digna de ser vivida, a cada "sim" à imaginação, num reaprender a sonhar.

Referências

AMARANTE, P. Da arteterapia nos serviços aos projetos culturais na cidade: a expansão dos projetos artístico-culturais da saúde mental no território. *In*: AMARANTE, P.; CAMPOS, F. (org.). *Saúde mental e arte*: práticas, saberes e debates. São Paulo: Zagodoni, 2012. p. 23-38.

BOSI, E. *Memória e sociedade*: lembranças de velhos. 14. ed. São Paulo: Companhia das Letras, 2007.

CAMPOS, F. N. *Contribuições das oficinas terapêuticas de teatro na reabilitação psicossocial de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial de Uberlândia – MG*. 2005. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 2005.

COHEN, R. *Performance como linguagem*. São Paulo: Perspectiva, 2013.

FOUCAULT, M. *História da loucura na idade clássica*. Tradução J. T. Coelho Neto. 9. ed. São Paulo: Perspectiva, 2010.

PAREYSON, L. *Estética*: teoria da formatividade. Tradução E. F. Alves. Petrópolis: Vozes, 1993.

PASSERON, R. A poética em questão. *Porto Arte*: Revista de Artes Visuais, [*s. l.*], v. 13, n. 21, 2004.

PELBART, P. P. *Projeto Finnegans Ueinzz*. São Paulo: Cia de Teatro Ueinzz, 2008.

ROTTERDAM, E. *Elogio da loucura*. Tradução C. Mioranza. São Paulo: Escala Educacional, 2006.

RUFINO, L. *Exu e a pedagogia das encruzilhadas*. 2017. Tese (Doutorado em Educação) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2017.

SALLES, C. *Gesto inacabado*: processo de criação artística. São Paulo: Annablume, 1998.

WINNICOTT, D. W. O *brincar e a realidade*. Rio de Janeiro: Imago, 1975.

CARTA ÀS CRIANÇAS NA UFBA

relato de um projeto de extensão em tempos de pandemia

JULIANA PRATES SANTANA • ADRIANA FREIRE PEREIRA FÉRRIZ
LARISSA DOS SANTOS FRAGA • AMANDA VANESSA LEITE SOUSA

Queridas crianças do Projeto Crianças na UFBA,

A última vez que nos encontramos presencialmente foi no dia 7 de março de 2020. Estávamos retornando das nossas primeiras férias desde que o projeto havia sido criado em 2015 e a animação era intensa. Naquela edição de carnaval, foi possível vivermos plenamente todos os princípios que norteiam o nosso projeto: a desinstitucionalização dos tempos livres das crianças; a brincadeira e o brincar como ações e produções próprias das crianças que devem ser valorizadas e incentivadas; a busca pelo não consumismo na infância; a ocupação dos espaços públicos como a expressão do direito das crianças à cidade; e o resgate das tradições e manifestações populares que possibilitam as trocas intergeracionais. Foi uma tarde inesquecível, como costumavam ser as nossas tardes de sábado, sempre no primeiro final de semana do mês.

A Praça das Artes, no campus de Ondina, se transformava com as cores, as risadas e a correria animada de vocês. A Universidade Federal da Bahia (UFBA) pulsava com esse encontro de gerações e a universidade se efetivava como um espaço de balbúrdia[1] plena! Ao longo dos primeiros cinco anos de existência, recebemos, na universidade, pelo menos 3 mil crianças, nas 48 edições ocorridas. Mobilizamos aproximadamente

1 Como afirma o reitor João Carlos Salles, "A UFBA até pode ser um lugar de balbúrdia, mas jamais será o lugar da barbárie!".

vinte projetos de extensão e unidades acadêmicas, além dos mais variados convidados, que junto conosco e principalmente com vocês tornaram o Crianças na UFBA o melhor projeto do mundo! Concordamos com Manoel de Barros quando ele diz que "a liberdade e a poesia a gente aprende com as crianças", (BARROS, 1999) pois, sem dúvida nenhuma, vocês nos ensinaram a viver outra UFBA.

Nada nos preparou para o que estava por vir... a pandemia da covid-19, decretada em 11 de março de 2020 pela Organização Mundial da Saúde (OMS), a suspensão das atividades presenciais na UFBA (Portaria nº 103, de 19 de março de 2020) e o fechamento das escolas em Salvador (Decreto nº 32.256, de 16 de março de 2020) mudaram completamente as nossas vidas. Não era possível prever quanto tempo passaríamos em casa, e imagino que para vocês deve ter sido ainda mais estranho, pois, em geral, as crianças não costumam ser devidamente informadas sobre os assuntos sérios, pois são chamados de "conversa de adulto". Ainda durante o mês de março, observamos uma série de iniciativas que buscavam organizar "a nova rotina" de vocês. Muitos especialistas foram convidados a falar sobre a importância de estabelecer uma rotina que desse a sensação mínima de controle e segurança, já que esses são aspectos importantes para o bem-estar. (DOLABELLA et al., 2020). Paralelamente a isso, a lógica de maximizar as possibilidades de aprendizado passou a ser frequentes, e as famílias foram bombardeadas com estratégias pedagógicas que poderiam favorecer as diversas competências e habilidades das crianças. Apesar de entendermos a relevância dessas iniciativas, temíamos o excesso de (re)institucionalização do tempo de vocês e a redução do espaço para a escuta, o acolhimento e a interação livre e espontânea que consideramos tão necessárias. Mas a saudade de vocês só fazia aumentar e os pedidos de indicações e sugestões de atividades, também. Compreendemos que seria necessário assumirmos um papel de curadoria em relação às diferentes propostas que estavam sendo disponibilizadas, além de sugerirmos atividades novas que seguissem os nossos princípios norteadores. Estabelecemos, por isso, uma parceria com o Projeto Trancadas em Casa,[2] proposto pela Universidade do Minho (Portugal), e passamos a ofertar um conjunto de atividades nas nossas redes sociais,[3] em cada dia da semana. Passamos a chamar temporariamente o nosso projeto de Crianças na UFBA em Casa.

Na segunda-feira, fazíamos indicações de filmes e animações sobre diversas temáticas. Na terça-feira, era o dia de valorizar os pequenos leitores com a disponibilização de postagens de livros e vídeos de contações de histórias. Na quarta-feira,

2 Trancadas em casa! As crianças fintam a covid-19 é um projeto que tem como objetivo acolher às vozes das crianças, de modo a conhecer e tornar visível o impacto da pandemia covid-19 nas suas vidas, através da sua plataforma na web (trancadasemcasa.pt).

3 Instagram (@criancasnaufba) e Facebook (@criancas.uf).

vocês eram incentivados a deixar fluir ainda mais o seu lado brincante através da sugestão de brincadeiras e jogos diversos. Na quinta-feira, postávamos as receitas produzidas por vocês e gentilmente compartilhadas conosco. Na sexta-feira, era dia de construir brinquedos criativos, com materiais que, em geral, temos em casa. O final de semana era o momento da saudade! No sábado, vocês nos diziam as atividades que mais gostavam nos nossos encontros presenciais e no domingo era a nossa vez de compartilhar imagens e vídeos dos nossos encontros.

Destacamos que essa nossa iniciativa não foi feita sem inquietações e dilemas, pois sempre seguimos o princípio de que, por um lado, as crianças não deveriam ter suas imagens expostas nas redes sociais e, por outro, que o tempo de tela deveria ser reduzido. Mas sabíamos que vocês também queriam participar do projeto e, por isso, as convidamos para compartilharem receitas, brincadeiras e desenhos em nossas redes sociais. Foi um espetáculo! Parecia que estávamos um pouco mais próximos novamente.

Foi também a saudade de nos encontrarmos, ou pelo menos de nos vermos ao vivo, que nos impulsionou a marcar uma série de bate-papos que aconteceriam nos dias e horários das nossas edições através de transmissões pelo nosso Facebook. Eram encontros marcados pelo saudosismo, sendo que os convidados eram pessoas notórias que passaram por nosso projeto ou que tinham relação direta com nossos princípios. Foram quatro encontros em que pudemos reencontrar vocês através dos comentários nos bate-papos e das perguntas curiosas e interessadas das famílias.

No mês de julho de 2020, tivemos duas conversas, uma com Satya Steffane Rodrigues, primeira monitora do projeto, sobre a história do projeto e seus princípios, e outra com Álvaro Lima Barros (Alvinho), sobre o papel da brincadeira e a ressignificação que ela pode ter nesse momento de distanciamento social.

No mês de agosto de 2020, tivemos mais duas conversas: uma com Taís Fróes, sobre a importância de se pensar estratégias solidárias de convivência, discutir o papel da natureza para o desenvolvimento da criança e refletir sobre como isso acontece nesse cenário pandêmico e de distanciamento; e a outra com Vania Bustamante, sobre os aspectos que aproximam o projeto Brincando em Família do projeto Crianças na UFBA.

Com o início do semestre suplementar da UFBA,[4] em setembro de 2020, formalizamos um ciclo de *lives* como uma atividade de extensão, na nossa página do Instagram, visando difundir e aprofundar os princípios teóricos e epistemológicos do projeto e, ao mesmo tempo, abordar questões sobre o cuidado das crianças.

4 O semestre letivo suplementar (8 de setembro de 2020 a 18 de dezembro de 2020) foi aprovado pela Resolução nº 1 do Consuni de 21 de julho de 2020.

A conversa com as famílias já havia acontecido em nossos encontros presenciais, a partir da roda de conversa proposta pela psicóloga Tatiana Pedreira.

Os nossos convidados[5] eram muito interessantes e eram professores(as) universitários(as) e profissionais das áreas de Serviço Social, Psicologia, Antropologia, Nutrição, Direito e Educação. As conversas foram enriquecedoras[6] e versaram sobre diversos temas: as infâncias na pandemia, a contação de histórias nas infâncias, a educação integral e a cidade como espaço de aprendizagem, a criança como sujeito de direitos, o modelo ideológico da sociedade do consumo e o impacto dela nas infâncias, a alimentação saudável nas infâncias, o Crianças na UFBA como espaço de formação e a arte nas infâncias.

Em comemoração ao nosso aniversário de cinco anos, realizamos um sarau virtual do Crianças na UFBA, através da plataforma Google Meet, com a participação de crianças e suas famílias. Lembramos das 48 edições através de fotos, vendo os melhores momentos com saudade das tardes de sábado que passamos juntos. O sarau também teve contação de histórias, poesias, apresentação de desenhos, música, sendo tudo isso apresentado por vocês. A produção de arte pelas crianças tem ainda mais potência e foi muito generoso vocês terem vindo celebrar conosco.

Aproveitamos também esse tempo para compartilharmos a nossa experiência com outros estudiosos e pessoas interessadas sobre a infância. Foram *lives*, debates, seminários, aulas, além da publicação de um texto, (SANTANA; FÉRRIZ, 2021) no qual apresentamos o nosso projeto.

Depois desse ano de atividades nas redes sociais, resolvemos que era hora de nos dedicarmos a ouvir vocês de outra forma e, por isso, iniciamos a pesquisa Infâncias em Tempos de pandemia: a experiência de crianças em diferentes contextos.[7] Consideramos que era essencial ouvir as crianças sobre as mudanças causadas pela pandemia do coronavírus e decidimos convidar vocês, participantes do nosso projeto, a participarem, e isso foi fundamental para o sucesso dessa pesquisa. Conseguimos alcançar 1.050 crianças de Salvador e região metropolitana, com idades entre 8 e 12 anos. Nessa

---

5 Emilene Leite de Sousa (UFMA), Débora Albuquerque (Projeto Dom Quixote), Levindo Diniz (UFMG), Elaine Lubarino (Projeto Axé), JP Amaral (Instituto Alana), Fernanda Orrico (Nutricionista), Thais Lacerda (mestranda na UFSC) e Luísa Britto (Escola Experimental).

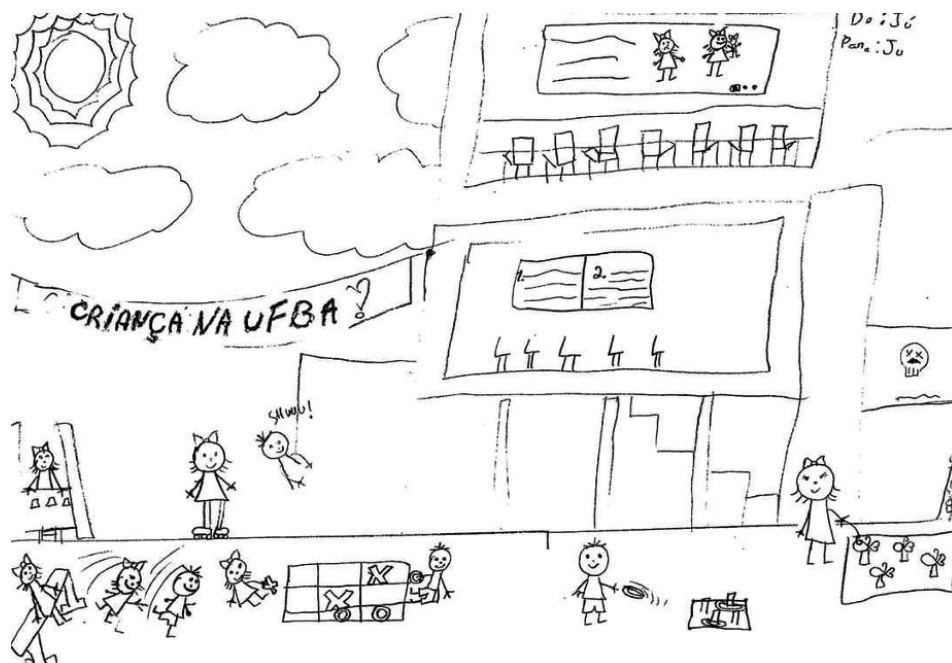
6 Os encontros estão disponíveis nas nossas redes sociais: Instagram (@criancasnaufba) e Facebook (@criancas.uf).

7 Esta pesquisa foi concebida pelo Núcleo de Estudos e Pesquisas sobre Infância e Educação Infantil (Nepei), da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) e inicialmente realizada em Belo Horizonte e região metropolitana. Já na Grande Salvador, essa pesquisa foi realizada pelo Grupo de Estudos Interdisciplinares Infâncias, Crianças e Contextos (GEIC), disponível em: https://infanciaemtemposdepandemiagrandesalvador.com/.

pesquisa, foi possível saber se as crianças tinham acesso à internet, computador ou celular, preocupações e medos relacionados ao vírus, relação com a família e amigos, brincadeiras, vínculo com a escola e medidas de distanciamento social.

Na segunda etapa da pesquisa, realizamos 23 entrevistas, sendo possível perceber o quanto vocês sentiam falta dos nossos encontros presenciais. As lembranças da Praça das Artes, das fantasias e cantinhos favoritos, assim como da mesa de lanche compartilhado, das brincadeiras, risadas e outros momentos de diversão apareciam no meio das entrevistas. O que ficava evidente para todos nós era o desejo enorme de nos encontrarmos presencialmente de novo.

Esse sonho de um futuro pós-pandemia, onde os beijos e abraços voltarão a fazer parte das nossas rotinas novamente, marcou o tom desses reencontros. Continuamos acreditando que o nosso projeto se faz no encontro, na presença física no espaço da universidade. Sabemos que não está fácil suportar as perdas e a saudade, mas contamos com vocês para nos reconstruir, quando for seguro para todos. O nosso próximo encontro, com certeza, será inesquecível! Queremos voltar a existir como nesse desenho feito por Júlia Lemos, em 2017, e que retrata nossos cantinhos e a alegria dos nossos encontros!

Figura 1 – Desenho panorâmico do projeto Crianças na UFBA

Fonte: desenho feito por Júlia Lemos, em julho de 2017.

Esperamos nos ver em breve!
Com amor,

A equipe do Crianças na UFBA.

Referências

BARROS, M. de. *Exercícios de ser criança*. Rio de Janeiro: Salamandra, 1999.

DOLABELLA, B. M. *et al.* (org.). *Saúde mental e atenção psicossocial na pandemia covid-19*: crianças na pandemia COVID-19. Rio de Janeiro: Fiocruz: Cepedes, 2020.

SANTANA, J. P.; FÉRRIZ, A. F. P. Crianças na Universidade Federal da Bahia: a extensão universitária como um lugar para as infâncias. *Em Aberto*, Brasília, DF, v. 34, n. 110, p. 63-74, 2021.

4ª SEÇÃO

SAÚDE MENTAL, ATRAVESSAMENTOS POLÍTICOS E RACIAIS NO CUIDADO E NO PROCESSO DE TRABALHO

Título da ilustração:
Balaio do cuidado
Molije, 2021.

DESAFIOS E INVENÇÕES NA PRODUÇÃO DO CUIDADO EM TEMPOS DE PANDEMIA

LUMENA ALMEIDA CASTRO FURTADO • ARTHUR CHIORO

> *Não sei se a vida é curta ou longa demais para nós.*
> *Mas sei que nada do que vivemos tem sentido*
> *se não tocarmos o coração das pessoas.*
> (CORALINA, 2013)

Esta poesia de Cora Coralina (2013) parece aludir perfeitamente ao cotidiano de milhares de trabalhadores e trabalhadoras da saúde que, no ato de cuidar, buscam tocar o coração de cada um que chega aos serviços de saúde, pessoas que se sentem cada vez mais tensionadas pela possibilidade de que a pandemia encurte suas vidas, mas também pelo esforço que são obrigadas a fazer para manter condições básicas de vida, muitas vezes já bastante vulneráveis.

Os autores deste ensaio participaram de uma roda de conversa do Programa Emergencial de Extensão da Universidade Federal da Bahia (UFBA) com a provocação: Pensar junto, Fazer com: saúde mental em tempos de covid-19,[1] um momento que produziu significativas reflexões e trocas. Reflexões sobre a produção dos encontros entre trabalhadores da saúde e as pessoas que buscam, nos territórios, os serviços em tempos de pandemia. Uma conversa que trouxe para a cena a necessidade de que o processo de cuidado possa fazer sentido tanto para o trabalhador

1 Roda de conversa realizada e mediada pelos(as) autores(as), em 22 de setembro de 2020, promovida pelo Programa Emergencial de Extensão Pensar junto, Fazer com: saúde mental em tempo de covid-19.

como para a pessoa, que vivenciam uma produção compartilhada, nesse momento tão particular em que se dá o cuidado em saúde.

A pandemia de covid-19 tem colocado desafios importantes para todos os setores da sociedade e particularmente para as políticas públicas, reclamando a produção de políticas intersetoriais com forte protagonismo da saúde. Gestores e trabalhadores da saúde foram chamados a reinventar o cotidiano e produzir um cuidado conectado com as necessidades da população. Nos territórios onde tem sido possível articular ações comuns entre a rede de saúde, movimentos sociais, redes comunitárias e de proteção social, o lugar da saúde no enfrentamento da pandemia se fortalece e tem possibilitado, de fato, contribuir para a defesa da vida.

Mais do que nunca, experimentamos a importância de assumirmos a ampliação do conceito de saúde. A necessidade de garantir acesso a todos os serviços e equipamentos que possam ajudar no tratamento daqueles que já estão acometidos da doença, melhorando a evolução clínica e evitando mortes, convive com a necessidade de ampliarmos as ações de promoção e proteção em cada território. Para além disso, as ações articuladas com os movimentos sociais, lideranças, grupos de solidariedade constituídos nesta vivência, serviços da assistência social, habitação, dentre outros, têm sido centrais na qualificação de estratégias capazes de fazer diferença na produção da vida.

No contexto do cuidado à saúde, a saúde mental ganha centralidade neste momento. O crescente sofrimento psíquico da população deve-se tanto ao surgimento de novos casos, em contexto de crise econômica e social em cenário de desigualdade social estrutural e brutal, do medo do adoecimento e da morte, da perda de entes queridos sem o direito aos ritos de luto, do aumento do consumo de álcool e outras drogas e da violência doméstica em tempos de isolamento social, quanto ao agravamento de quadros graves preexistentes e às dificuldades em manter o cuidado às pessoas que já estão dentro da rede da saúde mental.

A desinformação, as *fake news*, o descuidado e as falas oficiais desmerecendo e fazendo grotescas piadas com a pandemia aumentam a insegurança e o sofrimento de quem está no meio desse jogo. Como diz Lucas Afonso (2021), "Brincadeira tem hora e piada só é boa quando todo mundo ri." Uma situação que por si só já é bastante desafiadora ganha ainda mais intensidade com posturas do presidente da República e sua equipe que diminuem a gravidade da situação e a necessidade da adoção, pela sociedade, de ações de proteção. Pesquisas mostram o aumento da insegurança alimentar e a diminuição de renda. Essas são dimensões concretas do cotidiano que causam um agravamento do sofrimento psíquico de uma população já sob grande pressão.

Nesta perspectiva, a produção de rede viva (HADAD; JORGE, 2018) entre os serviços da saúde, os vários Centros de Atenção Psicossocial (Caps), Serviços de Residência Terapêutica (SRT), Unidades Básicas de Saúde (UBS), hospitais, serviços de urgência, consultório de rua, dentre outros, e os múltiplos espaços e articulações dos territórios ganham centralidade. Algumas dimensões, sempre presentes no processo de produção de redes vivas, passaram a ser ainda mais desafiadoras.

Além disso, muitos trabalhadores da saúde, também sujeitos aos impactos da pandemia, apresentam sofrimentos psíquicos que pedem acolhimento. Poucos lugares têm produzido estratégias de apoio que garantam essa conexão com o sofrimento das equipes de saúde. Trabalhadores que, cotidianamente e de forma impactante, passam a conviver com o aumento do número de mortes, inclusive de familiares e colegas de trabalhos, apresentam uma intensificação do sofrimento, mas estão sem suporte.

Como ressaltado por Hadad e Jorge (2018), a produção de redes vivas exige a produção de encontro, a troca entre trabalhadores e a centralidade no usuário. No esvaziamento de estratégias mais gerais de apoio, ganha ainda mais prestígio o protagonismo dos trabalhadores e equipes na produção de espaços de troca e compartilhamentos. Experiências locais de criação de fóruns autônomos e reativação de espaços de conversa entre a equipe e entre serviços têm sido exemplos de resistência coletiva.

A discussão feita por Giovanella e colaboradores (2020, p. 267) de que "no contexto da pandemia, a ausência de políticas, recursos e orientações específicas para o atendimento na atenção primária reduz a capacidade resolutiva desse nível de atenção, o que aumenta os riscos para os profissionais e para a população de favelas" vale também para os serviços de saúde mental. Nenhum movimento coordenado foi feito para refletir sobre o papel desses serviços na pandemia e propor ações articuladas. Coube a cada equipe, portanto, construir sozinha seu plano de ação e estratégias de resiliência.

A pandemia evidenciou, para a rede de saúde, qual lugar o território ocupa na produção da vida. Serviços como UBS e Caps foram convidados a radicalizar a centralidade de estarem com as pessoas onde elas vivem, conectarem-se com a diminuição de renda, com o aumento da fome, com a perda do emprego, com o aumento da violência doméstica, com as dificuldades das crianças em casa, com as dificuldades de quem precisava sair de casa quando o momento exigia isolamento social... Para a saúde mental, aceitar esse convite tem sido um diferencial na produção de um cuidado que faça sentido para as pessoas.

Sair dos serviços, disputar e ganhar esses espaços territoriais de interlocução e construção comum de estratégias de enfrentamento têm sido um desafio de grande impacto na qualidade do cuidado. Em um momento em que há a centralidade nas ações de fiscalização, disciplinadoras do modo de viver a pandemia, muitas sem conexão com as possibilidades reais das pessoas, o convite feito por Merhy, Feuerwerker e Gomes (2016) de sairmos da repetição e inventarmos juntos com essas a resistência e a produção de novas formas de viver é o diferencial para o estabelecimento de ações de cuidado que dialoguem com as singularidades de cada grupo. Apoiar redes de solidariedade que garantam acesso a itens básicos de subsistência, fortalecer empreendimentos locais de geração de renda e participar de espaços de reflexão sobre violências são exemplos de ações que vêm sendo desenvolvidas na invenção de novas formas de cuidar e que façam conexão com as necessidades impostas pela conjuntura que vivemos.

Ainda que a saúde mental não tenha centralidade nos muitos planos anunciados de enfrentamento da pandemia, estudos mostram que

> [...] estima-se o aumento da incidência de transtornos psíquicos (entre um terço e metade da população atingida), variando de acordo com a magnitude do evento, o grau de vulnerabilidade psicossocial, o tempo e a qualidade das ações psicossociais públicas na resposta à pandemia. (NOAL et al., 2020, p. 294)

Isso coloca um duplo desafio para os serviços de saúde mental. O primeiro é como continuar a conexão com usuários que já estavam em processo de cuidado e que não têm conseguido acessar o Caps pela necessidade de se protegerem da infecção pelo novo coronavírus, incluindo os moradores das SRTs. Diferentes estratégias têm sido desenhadas criativamente pelos trabalhadores, em muitos municípios, para manter esse contato, tais como encontros individuais em espaços públicos, grupos de WhatsApp, reorganização da rotina do serviço, entre outros. Apesar disso, em muitas situações, esse distanciamento tem agravado o quadro de sofrimento de muitos usuários, que passam a demandar um cuidado mais intensivo. Em segundo lugar, e ao mesmo tempo, aumentando ainda mais os desafios já colocados, muitas pessoas que não tinham contato com o Caps, com outro perfil de inserção no território, passaram a perceber a necessidade de um suporte que as ajudem a viver este momento com mais qualidade. Isso tem, em muitos lugares, criado demandas diferentes que pedem uma reorganização do acolhimento e cuidado, aumentando a pressão sobre serviços que não tiveram nenhum reforço de pessoal nesse momento.

Neste momento, o convite de Manoel de Barros (2002) pode instigar a todos nós:

> Não aguento ser apenas
> um sujeito que abre
> portas, que puxa
> válvulas, que olha o
> relógio, que compra pão
> às 6 da tarde, que vai
> lá fora, que aponta lápis,
> que vê a uva etc. etc.
> Perdoai. Mas eu
> preciso ser Outros.
> Eu penso
> renovar o homem
> usando borboletas.

A pandemia amplifica muitos desafios que já compunham o cotidiano de quem se coloca na perspectiva do cuidado em saúde e, em especial, em saúde mental. Mas também tem nos convocado a inventar, sair do espaço de conforto do que já é sabido, romper os muros dos serviços e ganhar os territórios, criar novas formas de conexão, construir estratégias de cuidado de si, das equipes, das pessoas, se conectar com as vulnerabilidades, desigualdades e potências dos territórios… enfim, ser outros.

Referências

AFONSO, L. *Brincadeira tem hora.* [*S. l.*], 28 jan. 2021. Facebook: Lucas Afonso. Disponível em: https://www.facebook.com/lucasafonsooficial/videos/1690002727846020/. Acesso em: 28 jan. 2021.

BARROS, M. de. *Retrato do artista quando coisa.* 3. ed. Rio de Janeiro: Record, 2002.

CORALINA, C. Não sei. *Filosofia, Ciência e Arte*, [*s. l.*], 21 set. 2013. Disponível em: http://www.filosofiacienciaarte.org/index.php/arte-e-cultura/poesia/544-cora-coralina-nao-sei. Acesso em: 28 jan. 2021.

GIOVANELLA, L. *et al.* A contribuição da Atenção Primária à Saúde na rede SUS de enfrentamento à covid-19. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 44, n. 4, 2020. Disponível em: http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2020/12/RSDE4-covid-web-1.pdf. Acesso em: 19 jul. 2021.

HADAD, A. C. A. C; JORGE, A. O. Continuidade do cuidado em rede e os movimentos de redes vivas nas trajetórias do usuário-guia. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 42, n. 4, p. 198-210, 2018.

MERHY, E. E.; FEUERWERKER, L. C. M. E; GOMES, M. P. C. Da repetição a diferença: construindo sentidos com o outro no mundo do cuidado. In: FEUERWERKER, L. C. M.; BERTUSSI, D. B.; MERHY, E. M. (org.). *Avaliação compartilhada do cuidado em saúde*: surpreendendo o instituído nas redes. Rio de Janeiro: Hexis, 2016. p. 25-34.

NOAL, D. S. *et al*. Capacitação nacional emergencial em Saúde Mental e Atenção Psicossocial na covid-19: um relato de experiência. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 44, n. 4, 2020. Disponível em: http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2020/12/RSDE4-covid-web-1.pdf. Acesso em: 19 jul. 2021.

SAÚDE MENTAL
cuidado, convívio e luta em tempos de isolamento

ANA MARTA LOBOSQUE

Entendendo o isolamento social como escolha ética e política daqueles que consideram a dimensão coletiva da vida e da experiência humana, este texto procura traçar alguns caminhos que possam assegurar a continuidade do cuidado às pessoas em sofrimento mental de uma perspectiva antimanicomial ao longo da pandemia. A partir das discussões realizadas a este respeito na rede de saúde mental do município de Belo Horizonte, assim como de princípios que norteiam o cuidado em liberdade, o texto desenvolve algumas indicações e possibilidades para tal empreendimento.

O isolamento social como escolha ética e política

Encontrei nas redes sociais um chiste que se refere à quarentena a que nos obriga a pandemia da covid para ilustrar a crítica ao hospital psiquiátrico. Assim diz: "*Viu como é difícil o isolamento? E ainda há até hoje quem acredita que o confinamento é uma prática de saúde mental!*".

Estariam enfim os ditos normais experimentando na pele o que é o confinamento? Sob certo aspecto, sim. Ficar em casa o tempo todo, semanas e meses a fio, realizando os mesmos atos, os mesmos movimentos, sozinhos ou convivendo o tempo todo com as mesmas pessoas: isso já é ruim o bastante; e certamente é um dos piores aspectos de estar internado em um hospital psiquiátrico.

Mas há uma diferença importante. Afinal, diferentemente das pessoas internadas naquelas instituições, sabemos que estamos livres, mesmo isolados – porque se trata de uma escolha. Uma escolha que é ética, e é política.

A pandemia nos trouxe uma situação inteiramente nova e imprevista. No plano da natureza, nossa condição de indivíduos biológicos cuja sobrevivência não se dissocia da sobrevivência da espécie há muito tempo não se impunha com tal força a nós mesmos. Ao mesmo tempo, no plano da cultura, a nossa responsabilidade para com o outro há muito não se colocava com tal premência. Podemos perceber que a dimensão do cuidado de si não se opõe àquela de uma ética do convívio; o individual não se dissocia do coletivo. Assim, não deixo de ir à rua ou de encontrar pessoas só para que eu própria não pegue o vírus – não se trata apenas de um cuidado com a minha pessoa. Eu estou em casa, cada um de nós está em casa, para impedir que o novo vírus se alastre entre nós mais depressa do que a coletividade e seus recursos suportariam. Há uma orientação ditada pela saúde pública, a saber, a do isolamento social, que temos cumprido por considerá-la correta. Como isso não é obrigatório em nosso país, eu acato, muitos de nós acatamos voluntariamente esta orientação. No entanto, há mais do que isso: para além do culto liberal pelos direitos individuais, escolho, muitos de nós escolhemos um tipo de poder público, um tipo de gestão da coisa pública, o qual, caso a situação da pandemia se mostre grave o bastante, imponha, sim, limites ao ir e vir dos cidadãos, inclusive ao meu. Portanto, faço uma escolha, mais uma vez uma escolha ética e política, pela vida humana, para além das fronteiras da minha vida e da sua vida.

Neste momento, ficar em casa, longe do outro, é a maneira que eu tenho de cuidar dele; cuido dele cuidando de mim, e vice-versa. Estamos distantes para que seja possível estarmos juntos. É curioso este cuidado de si e do outro que exclui rigorosamente a proximidade física, mas que solicita, mais do que nunca, a palavra, o afeto, a civilidade. Estamos às voltas com a inusitada experiência de uma travessia não apenas incômoda ou desagradável, mas particularmente arriscada e difícil, por dar-se num momento demasiadamente turvo deste país. Coloca-se, pois, a questão: como é que iremos cuidar uns dos outros e nos segurarmos uns aos outros? Sobretudo – pois este é o tema deste texto –, como iremos dar continuidade ao cuidado, convívio e luta antimanicomiais?

A clínica: princípios

O sofrimento psíquico, no caso do ser humano, é sempre de alguma forma um sofrer do outro. Por um lado, sofro das injustiças, dos maus tratos, das crueldades

que o outro efetivamente me inflige ou pode infligir, seja como pai, mãe, médico, juiz, professor, vizinho; da sua indiferença e do seu descaso, quando me abandona, me desampara, me deixa inteiramente só. Mas, por outro lado, sempre sofremos do outro de uma maneira que independe da sua bondade ou maldade: a demanda que endereçamos ao outro é sempre meio maluca, insistente, sem limites, faça ele o que faça ou deixe de fazer.

A clínica ampliada, antimanicomial, em movimento, como quer que se chame, compreende que este padecer do outro, muitas vezes beirando o insuportável, não pode ser acolhido e tratado senão… pelo outro! Acolher este sofrimento não significa extingui-lo, mas permitir que se manifeste; desenhar figuras que o singularizem, buscar canais para que extravase, construir espaços para que se contenha. E, por compreendê-lo, essa clínica compreende também que o manicômio – pura solidão, isolamento, crueldade real – apenas pode esmagar aquele que sofre. Compreende que o consultório, os medicamentos, as psicoterapias e afins são recursos que não fazem sentido por si mesmos, mas apenas junto a outros que propiciam o acolhimento pelo outro em todos os espaços, o trânsito na cultura, em suas produções: a arte, o lazer, a assembleia, a passeata, a amizade; enfim, junto às múltiplas práticas que a luta antimanicomial soube tão bem fazer florescer.

Mas como exercer tal clínica em tempos de pandemia, quando a cidade e o convívio nos parecem vedados? Quando é arriscado tomar o ônibus ou entrar no carro que levam ao Caps? Quando convém evitar a proximidade física do atendimento? Quando o convívio com a equipe e os amigos na permanência-dia pode trazer mais riscos que benefícios? Quando as oficinas e demais atividades coletivas não podem ser realizadas? Quando não podemos circular juntos nas ruas, nem juntos fazer feiras nas praças e passeatas nas avenidas?

Num primeiro momento, é como se todos os recursos que inventamos nos tivessem sido tirados; e, impotentes, sem eles, nada poderíamos fazer. No entanto, se a clínica antimanicomial pôde encarar o manicômio, seus equivalentes e sucedâneos, como as comunidades terapêuticas e ambulatórios especializados, podem também enfrentar corajosamente mais este desafio. Afinal, em última análise, ele é o mesmo que enfrentamos desde sempre: tratar da difícil relação com o outro, tecendo, promovendo, sustentando laços.

Não é dessa maneira, afinal, que estamos conseguindo ficar em casa? A proximidade contínua e exclusiva no mesmo espaço entre marido e mulher, pais e filhos, nos deixaria totalmente exasperados, se não fosse o contato com o mundo lá fora – mundo que enfrenta como pode a pandemia que o atingiu inteiro. Conversar com as pessoas queridas pelo zap, postar nas redes sociais, participar de *lives*, ter acesso

às notícias, à arte, à cultura – são jeitos que nos impedem de permanecer trancados em nossa interioridade doméstica, introduzindo a dimensão do público nessa vida privada demais; que nos afastam um pouco do nosso umbigo, ao dar-nos esse indispensável lugar fora de nós mesmos sem o qual não existimos plenamente. Conseguimos ficar em casa por compreender que os laços podem estabelecer-se à distância, se não desistimos deles; se entendemos quão necessários são para a nossa sanidade, alegria, lucidez; que o distanciamento objetivamente necessário para a nossa proteção não significa privação, negação, ausência do outro, mas, sim, cuidado com ele.

Se temos isso claro, podemos arregaçar as mangas e começar a fazer, de fato, no dia a dia, clínica em movimento em tempos de pandemia.

A clínica: cotidiano

Embora não atuando neste momento em nenhum dos serviços da rede de saúde mental de Belo Horizonte, acompanhei, nos primeiros meses da pandemia, o movimento de articulação dos seus trabalhadores para discuti-la e buscar formas para o seu enfrentamento.[1] Eles se mantiveram em contato virtualmente, através de zaps, reuniões *on-line* e recursos afins. Era a maneira possível de estarem juntos, buscando preservar a dimensão coletiva e global indispensável a uma rede de atenção psicossocial.

Naturalmente, foram sempre discutidos os cuidados necessários à segurança e à saúde dos trabalhadores: a garantia do fornecimento e uso dos equipamentos de proteção individual (EPI); a higiene necessária nos serviços; a realização de testes nos casos com indicação para tal; a proteção aos grupos de risco, e assim por diante. A partir da demanda dos trabalhadores, o Conselho Municipal de Saúde visitou alguns Centros de Referência em Saúde Mental (Cersams, os Caps belo-horizontinos), visando assegurar-lhes os equipamentos oferecidos aos outros serviços de urgência do Sistema Único de Saúde de Belo Horizonte (SUS-BH); discutiram-se exaustivamente, na Comissão Municipal de Reforma Psiquiátrica, as condutas a serem adotadas em caso de suspeita de covid-19 num serviço, de forma a impedir a propagação do vírus; e assim por diante. No entanto, essa necessária atenção às condições de trabalho na rede não pode se dissociar da preocupação com o cuidado aos

1 Algumas dessas experiências e conceitos foram compartilhadas na roda de conversa, "Impasses e desafios da clínica antimanicomial em tempos de Covid-1", mediada pela autora, promovida em 21 de julho de 2020, pelo Programa Emergencial de Extensão Pensar junto, Fazer com: Saúde Mental em tempos de covid-19.

seus usuários – e, por conseguinte, da procura das práticas e das possibilidades que poderiam sustentá-lo.

Inicialmente, a orientação dada pelo gestor municipal foi a de fechar alguns serviços, como os centros de convivência, que funcionavam basicamente através de oficinas e outras atividades coletivas; manter em permanência-dia nos Cersams apenas os pacientes da hospitalidade noturna, ou seja, os que apresentavam quadros muito graves; além de reduzir drasticamente os atendimentos presenciais nas unidades básicas de saúde.

Os pacientes foram compreensivos, percebendo que tais limites, que visavam protegê-los da contaminação pelo vírus, eram também uma forma de cuidado. Entretanto, uma restrição tão severa da frequentação dos serviços por seus usuários não poderia manter-se a não ser por poucas semanas. Afinal, se esses serviços pudessem permanecer vazios ou quase vazios por um período de tempo prolongado, isso significaria que são acessórios, secundários, em última análise supérfluos; seus pacientes precisariam, essencialmente, dos medicamentos que continuaram a lhes ser entregues. Mas não! Os serviços, os dispositivos, as ações de uma rede de atenção psicossocial que se propõe a superar os manicômios não são supérfluos; fazem parte importante das vidas das pessoas que os frequentam, seus usuários precisam deles. Logo, foi preciso compreender que a redução das permanências-dia, dos atendimentos presenciais, da frequentação dos espaços da rede etc. não poderia ser tão radical. Seria preciso, sim, diminuí-los, mas jamais recusando a presença daqueles que realmente necessitassem desse tipo de suporte – ao mesmo tempo em que se procuravam formas de preservar o vínculo com aqueles que podiam manter-se afastados por mais tempo.

Um passo interessante foi a elaboração de uma carta aberta para os usuários da saúde mental, explicando a gravidade da pandemia e as precauções para enfrentá-la, e também reassegurando o compromisso com a oferta dos cuidados necessários a todos. No entanto, para além desse gesto, coloca-se uma questão essencial: a importância decisiva de manter o olhar voltado para cada um dos usuários, singularizando assim a identificação das necessidades e questões que lhe são próprias.

Cada trabalhador de saúde mental, cada equipe, cada serviço, atende João, Mauro, Lúcia, Cristina, Rafael – enfim, pessoas que têm um nome, pessoas que ajudamos, assim se espera, a sustentar os nomes que têm. O que nos demandam, de que precisam? Quando nos procuram, conseguem ter acesso a nós? Foram recebidos, quando foram ao serviço onde trabalhamos? Quando nos telefonaram, retornamos? E, se nada nos demandam, se sumiram, não basta aguardar com indiferença que nos procurem caso precisem. Afinal, aprendemos, em nossa experiência de

cuidado, que muitas vezes as pessoas têm necessidades prementes que não conseguem expressar; portanto, se estão ausentes, esse é um motivo a mais para que os procuremos.

Afinal, criamos um laço com cada uma dessas pessoas, e sabemos bem que esse laço não é apenas a condição de um tratamento possível; já é, enquanto existe e se mantém, parte essencial do tratamento mesmo. Assim, há que endereçar a todos eles alguma mensagem especial, singular – uma palavra carinhosa, uma pergunta atenta, uma brincadeira engraçada –, por telefone, pelo zap, por um bilhete, qualquer maneira vale, desde que o recado chegue a quem deve chegar. João, que frequentava três vezes por semana a permanência-dia no Cersam X, como está ele agora, o que tem feito, como lida com a impossibilidade atual de frequentar o serviço como antes? Mauro, cujo vínculo mais forte era com o Centro de Convivência Y, como se encontra, se não só as oficinas e serviços não estão presencialmente disponíveis neste momento, mas o espaço afetivo e social que o acolhia? Lúcia, sem teto, em uso de álcool e outras drogas, para quem as visitas do consultório de rua eram tão importantes, como está, agora que a equipe não tem podido ir vê-la? Cristina, cujos atendimentos pela psicóloga da unidade básica vinham fazendo tanta diferença em sua vida, o que tem lhe acontecido, como passa? Não é possível esquecê-los, como se tivessem silenciosamente deixado de existir, como se sua existência só viesse a readquirir realidade no momento futuro em que os recebermos como antes. Eles continuam existindo: coisas lhes acontecem, ideias lhes ocorrem, sonhos os visitam. Para que não se sintam esquecidos, é preciso que não nos esqueçamos nunca deles; é preciso que pensemos neles e que façamos chegar até eles a nossa lembrança.

O isolamento social já é difícil para quem está razoavelmente bem. Para quem está mal, pode ser uma situação impossível de suportar na solidão, sem o reavivamento do vínculo construído, sem a possibilidade de construir um vínculo. Como disse uma usuária, se questionamos o aprisionamento da loucura nos porões dos manicômios, não podemos deixá-la agora confinada nos porões das casas! Para todos nós, o isolamento tem um certo efeito de desrealização; a médio, longo prazo, as pessoas, os lugares, os encontros, tornam-se distantes, remotos, irreais. Para as pessoas em sofrimento mental, esse efeito pode ser intenso demais, beirando o insuportável – donde a importância de assegurar-lhes que o cuidado continua, *on-line*, presencial, como for possível, como for necessário.

Os Cersams, por exemplo, após a acentuada redução inicial, logo voltaram a receber muitos usuários, sejam aqueles já conhecidos, cujos quadros psíquicos se agravaram, sejam outros, novos, que tiveram a sua primeira crise durante a pandemia. Para a segurança de todos, a atenção à presença de sintomas compatíveis com

covid-19, a realização rápida de testes e a oferta de cuidados mostraram-se fundamentais. Ao mesmo tempo, à medida que os Cersams voltaram a funcionar para atender os casos graves, não faz sentido que as unidades básicas de saúde, por exemplo, encaminhem para lá seus pacientes para buscar uma receita – essa nunca foi a função dos serviços de atenção à crise, e o seria menos ainda em tempo de pandemia! Essas unidades devem, elas próprias, averiguar como estão as pessoas que referenciam, o que se passa no território onde vivem, o que pode e deve ser feito para garantir seu acompanhamento. Tampouco os centros de convivência poderiam permanecer indefinidamente fechados: os usuários a eles vinculados também requerem seus cuidados!

Não saberia dizer se a rede de saúde mental de Belo Horizonte vem conseguindo atuar de acordo com esses princípios e seguindo esta direção. A pandemia continua e, mesmo quando se abrandam as medidas de isolamento social, ainda há risco, é preciso cautela. A rede, que tem enfrentado grandes dificuldades, como carência de recursos humanos, serviços em condições físicas precárias e falta de investimento em atividades de formação, certamente não vive momentos felizes; são inúmeros os problemas a enfrentar. No entanto, nenhum desses problemas ou dessas dificuldades desobriga gestores e trabalhadores do compromisso assumido com a cidade e seus habitantes em sofrimento mental, quanto ao cuidado que a eles se deve.

E a luta antimanicomial?

A preparação do 18 de maio mineiro estava em plena efervescência quando a pandemia nos interrompeu. O tradicional desfile da Escola de Samba Liberdade Ainda que Tam Tam prometia ser maravilhoso. O tema escolhido era a crítica da situação grotescamente surreal em que se encontram país e mundo, na atual onda de extrema-direita, mesmo antes da pandemia, e nossas armas para enfrentá-la: o SUS real dos nossos projetos, trabalhos, experiências no cuidado e na política, no âmbito de uma reforma psiquiátrica antimanicomial. Os nomes das alas escolhidos com felicidade, as ementas de cada uma delas discutidas, redigidas, aprimoradas, as oficinas prontas a começar, a feitura das fantasias – e eis que nem mesmo as reuniões presenciais puderam continuar! O que fazer, que destino dar aos produtos de tantas e tão animadas reuniões cheias de trabalhadores e usuários?

O impasse relativo ao desfile da escola não foi o único: o V Encontro Mineiro de Serviços Substitutivos, também ele carinhosamente preparado, já com data

marcada para o início de abril, teve de ser adiado para data ainda não definida; mais uma frustração.

No entanto, a militância antimanicomial não podia parar, como não podia parar a luta política mais ampla, no cenário adverso do país. Reagindo à pandemia e aos graves problemas que trazia, através de um radical negacionismo, a presença do presidente do país, sem máscara, nos atos públicos que vituperavam contra a democracia, dava mostras de um sinistro delírio, de um apavorante enlouquecimento do poder, opostos à loucura alegre, inventiva, generosa e combativa das invenções antimanicomiais. Nos meses de maio e junho, quando atos desse gênero se tornavam mais insultuosos, quando um fascista chegou a chutar e arrancar as cruzes na areia de Copacabana que homenageavam os mortos da pandemia, foi doloroso não podermos reagir à altura, não só pelas precauções que a pandemia empunha a manifestantes minimamente lúcidos, mas sobretudo porque o campo da esquerda, atordoado, abatido, mal conseguia pensar no que fazer.

Ainda assim, no Brasil, alguns de nós se manifestaram – poucos, por poucas vezes, mas alguns de nós o fizemos. Ainda assim, nos Estados Unidos – cujo presidente é imitado pelo brasileiro – multidões revoltadas contra o assassinato público de um negro por policiais saíram corajosamente às ruas, trazendo algum alento aos corações daqueles que já não conseguiam respirar.

Entrementes, a luta antimanicomial mineira não parou. Pelo contrário, em plena pandemia, fechou o Hospital Galba Velloso, um dos últimos nefastos hospícios belo-horizontinos. Em plena pandemia, fez vistorias e denúncias das comunidades terapêuticas onde morriam adolescentes, como aquela de Itamonte. Em plena pandemia, prosseguiram as reuniões, as articulações, tomaram corpo novos projetos. Em plena pandemia, organizamos *lives* que anteciparam e prepararam o V Encontro Mineiro de Serviços Substitutivos em Saúde Mental. Seguimos estudando, ensinando, escrevendo, publicando. Seguimos resistindo. Seguimos protestando. Seguimos construindo. Pois cabe lembrar: as pessoas em sofrimento mental não necessitam apenas de serviços, por melhores que sejam, nem só de cuidados clínicos, por mais alta que seja a sua qualidade: precisam da vida, do calor, da energia vital dos movimentos sociais, aqueles que fizeram e fazem existir o cuidado em liberdade.

E o 18 de maio?!

Teve 18 de maio, sim, senhor! Foram divulgadas as ementas e os nomes das alas da nossa escola: "Delirar, sim, mentir não", que zomba das *fake news* e outras tantas farsas e mentiras desse estranho tempo; "Homem primata, capetalismo selvagem", criticando a destruição ambiental, social e ética promovida pela brutalidade do

capital; “Operários da vida x engenheiros do caos”, opondo a alegre resistência da luta pela liberdade, pela vida, pela saúde, àqueles que exploram o trabalho, aviltam a linguagem, empobrecem o pensamento, e assim por diante. Teve samba-enredo alegre e irreverente, lembrando as voltas que a história dá: “Hoje é o soberano Capetão Pandemia/Amanhã soldadinho que mia/E não há qualquer milícia/Nem tão pouco Tio Sam/Que lhe tire dessa fria”. Teve marcha virtual, em que cada um pôde postar seu avatar na praça; teve debates de grupo, em que pudemos nos ver uns aos outros, e repetir juntos as tantas e belas frases, trechos de sambas-enredo, pequenos poemas, palavras de ordem, criados ao longo destes anos de luta.

E, no começo da noite, as luzes da cidade em quarentena iluminavam, nas paredes dos prédios mais altos do centro, as projeções antimanicomiais – claras, nítidas, as projeções das belas imagens de tantos desfiles —, e as nossas palavras, palavras como estas assim:

> 18 de maio, dia nacional da luta antimanicomial
> a democracia é antimanicomial
> o SUS salva vidas – ele não
> loucura não se prende, saúde não se vende
> cuidar sim, trancar não
> nenhum passo atrás, manicômio nunca mais
> liberdade ainda que tam tam

SINFONIAS GEOPOLÍTICAS DE CUIDADO

saúde mental, heterogênese, vidas em rede – heterotopias & ambientalidades afetivas em tempos de covid-19

PAULO-DE-TARSO DE CASTRO PEIXOTO

Prelúdio

Cada ser humano se faz em tantas paisagens de vida. Dores, lutas, suores, turbulências, regozijos, potências de vida, humores, temores, paixões. Somos tecidos por tantas paisagens, para além das paisagens que transitamos na cotidianidade de nossas vidas.

A vida é pura composição. Assim, os gregos antigos já viam a vida. Desde os pré-socráticos, através da perspectiva dos elementos primordiais, que explicavam suas relações com os seres e com tudo o que existe, passando por Leucipo, que dá a visibilidade de que a vida é pura composição de partes infinitamente pequeninas, as quais chamou de átomos; que se compõem para a constituição de todas as formas de ser, das sociedades, do universo.

Com o que o tema da composição poderá se relacionar com o tema deste capítulo? Quais visibilidades poderão se operar quando entramos no mundo das composições? Nietzsche (1980) se inspirou, por sua vez, na filosofia grega para apresentar dois princípios estético-artísticos da vida. Por um lado, Nietzsche deu visibilidade, ao mundo do século XIX, a respeito da vida, que ganha a sua grande exuberância quando é afirmada através de duas potências artísticas que fazem parte das experiências

humanas. A potência de Apolo como a potência da forma, da clareza, da beleza, da música consonante, dos ritmos cadenciados, da razão e das formas individuadas da existência. Por sua vez, a potência de Dioniso como a potência da desmesura, das paixões, da ruptura do princípio de individuação, da música dissonante, dos ritmos passionais, das melodias da flauta que encantam e nos retiram de nossas redundâncias existenciais, dos manicômios que construímos em nossas vidas.

Essas são algumas inspirações que movimentam a escrita deste capítulo. Um capítulo feito pelos traços de memórias, de histórias, de rascunhos de ideias de situações e conceitos que ainda não foram escritos e bem desenvolvidos. Mas, este texto é feito de pessoas, de situações, de afetos e paixões. Dessa forma, trazer a questão da episteme-paradigma composicional e suas relações com os princípios-potências apolíneas e dionisíacas me remetem ao momento em que ingresso no campo da saúde mental, em 1992, na Prefeitura Municipal de Macaé, no Rio de Janeiro.

Lembro-me dos primeiros atendimentos nos quais a minha prática, ainda inicial, no campo da musicoterapia já namorava com a abordagem epistêmica e filosófica da Gestalt-terapia. Um namoro que já fez história, filhos e um belo casamento, também permeado por histórias. Falar desse namoro e dessa relação é me remeter à musicoterapeuta Lia Rejane Barcellos que, no momento de meu estágio em musicoterapia e psiquiatria infantil, no ano de 1990, me dizia: "Paulo, você tem cara de um musicoterapeuta que trabalha com a abordagem gestáltica". Foi no ano de 1992 e, mais precisamente ao final de 1992, representando o curso de graduação em Musicoterapia do Conservatório Brasileiro de Música, numa Semana de Psicologia da Universidade Federal de Alfenas, que pude conhecer Teresinha Mello da Silveira, que me formou em Gestalt-terapia nos anos seguintes. De lá para cá, estamos juntos em tantas parcerias e composições de vida!

Esse fundo que me habita expressa e visibiliza a "carne", inspirando-me em Merleau-Ponty (2003), e o "corpo de intensidades", valendo-me de Deleuze e Guattari (1997), como "carne-corpo" de experiências de um mundo que não pode ser apreendido com o toque das mãos, mesmo podendo ser visto em todas as suas possibilidades e virtualidades. Essas experiências "carnais-corporais intensivas" só podem ser, de direito e de fato, "sentidas" através das imagens, palavras e vozes que constituem o fundo expressivo de experiências que me atravessam e me habitam.

Vindo de uma família de músicos, minha avó paterna sendo pianista de cinema mudo, minha avó materna, também pianista, minha mãe, pianista que tocava todas as tardes para alimentar a minha alma, sou afetado, por sua vez, com o meu pai, poeta e compositor, fora o meu tio, que era filósofo.

Esse campo de nascença compõe o fundo invisível desse capítulo, mas existem tantos outros fundos invisíveis que atravessarão cada palavra dele. Mesmo que eu

tente me lembrar de todas essas experiências que movimentam a escrita que se faz aqui, agora, eu não daria conta de visibilizá-las em toda a sua inteireza. Mas, me faço "carne-corpo de intensidades" com todas essas experiências para deixar fluir o texto, assim como faço ao improvisar ao piano ou liberar o corpo em coreografias heterotópicas, através do tai chi chuan.

Cada palavra é um afeto. Cada palavra é um signo afetivo que se revela em imagens escritas ou faladas, encarnando as formas afetivas que se liberam desse fundo matricial e infinito que faz parte da gente.

Esse fundo é movido por uma escrita que traz a episteme geopolítica composicional de cuidado que idealizei, no ano de 1998, sob o nome de heterogênese, inspirando-me na biologia e de Felix Guattari (1998). Uma escrita que tenta descrever como a práxis da heterogênese nasceu de uma forma viva, pulsante e compondo corpos-subjetividades, quer seja dos profissionais de um ambulatório de saúde mental, quer seja reunindo "usuários-pacientes" que antes eram atendidos estritamente sob a égide da psicopatologia clássica desenhada pelos reducionismos, segmentações e ordenações, encontradas nos manuais de *Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados com a saúde* (CID) e do *Manual de diagnóstico e estatístico de transtornos mentais* (DSM).

Trazer esse tema não é casual: são 28 anos de implicação na construção de espaços ético-estético-políticos que possuem a potência de invenção de lugares-outros (heterotopias), (FOUCAULT, 2009a) contribuindo na crítica e na superação da lógica da psicopatologização da vida contemporânea, fundada no processo de "manicomialização social" intra e extramuros. O capítulo dará a visibilidade das paisagens de invenções possíveis em espaços coletivos de produção de vida.

Este capítulo apresentará os movimentos das sinfonias geopolíticas de cuidado no campo da saúde mental, mas se articulou com os campos da educação, do desenvolvimento social, da arte e da cultura, com os conhecimentos das gentes, das populações, movendo-se a partir das pulsações-potências apolíneas e dionisíacas como duas capacidades estéticas imanentes ao humano e à natureza. Capacidades-pulsações-potências que, a um só tempo, dão movimento (pulsação dionisíaca-*gestaltung)* às formas já constituídas (pulsação apolínea-gestalt) aos processos de individuações coletivos.

Apresentaremos como as geopolíticas composicionais de cuidado se fizeram através da episteme composicional que abraça, ao mesmo tempo, as tensões, os ruídos, os dissensos, as dissonâncias e a graça, a ternura, a forma estética das consonâncias dos indivíduos com suas histórias e memórias. Tudo isso se fazendo em meio à "estética do sentir e do devir". (PEIXOTO, 2018, 2020a)O capítulo apresentará os desdobramentos que a heterogênese ganhou ao longo dos anos no campo da saúde

mental, articulada com outros campos de práticas e saberes.[1] Apresentaremos as sinfonias geopolíticas de cuidado apoiados na episteme da heterogênese em cinco movimentos: primeiro movimento: 1998 – da partitura clínica feita por um grupo de psicóticos-neuróticos em heterogênese num ambulatório de saúde mental; segundo movimento: 2002 – da partitura clínica heterotópica embaixo da mangueira, reunindo heteróclitas formas de existência; terceiro movimento: 2006 – da partitura clínica em heterogênese no teatro e a polifonia da cidade; quarto movimento: 2008 – da partitura clínica na praça e as heterotópicas políticas de vida; quinto movimento: 2020 – da partitura clínica nas janelas virtuais em tempos de pandemia. Todas essas experiências dão a visibilidade às invenções coletivas das ambientalidades afetivas que percorrem o tempo: 1. os espaços-lugares institucionais; 2. passando pelas sombras da mangueira; 3. ocupando, de forma política, os espaços do teatro; 4. ganhando as ruas, abraçando centenas de pessoas na praça; e 5. atualmente, abrindo as janelas das salas, dos quartos, das unidades de saúde, chegando em outros países, compondo sinfonias geopolíticas de cuidado em tempos de covid-19.

Esse último movimento faz parte do pós-doutorado que desenvolvo no Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro, tendo como diretora de pesquisa a Profa. Dra. Mônica Alvim. Esse último movimento se intitula “Vidas em Rede”, sendo desenvolvido pela Universidade Livre, da Secretaria Adjunta de Ensino Superior da Prefeitura de Macaé (RJ) em parceria interinstitucional com o Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro e tendo ressonâncias com o projeto de extensão Corpos em Rede, coordenado pela Profa. Dra. Mônica Alvim. O Vidas em Rede também se inspira no conceito de redes vivas, concebido por Emerson Merhy e sua equipe (2014) e, por sua vez, na perspectiva das redes quentes de Eduardo Passos (2020). Este capítulo é uma homenagem àqueles que acreditam que a vida é uma obra de arte ético-estético-política que ganha a sua maior plenitude, vitalidade e exuberância quando se faz coletivamente. Esse capítulo é uma homenagem ao Prof. Dr. Jorge Ponciano Ribeiro, por seu conceito de ambientalidade, que percorre o caminho deste capítulo.

---

1 Algumas dessas experiências e noções foram compartilhadas na roda de conversa “Artes e Saúde Mental: criação de cuidado e afetos”, mediada pelo autor, promovida em 25 de novembro de 21, pelo Programa Emergencial de Extensão Pensar junto, Fazer com: saúde mental em tempo de covid-19.

Movimento I: compassos e descompassos existenciais e institucionais

Mais uma reunião de equipe, às 14h de uma quarta feira. Um espaço legítimo para a discussão de casos e a discussão de assuntos institucionais. O ano era 1998, ouvíamos falar de Centro de Atenção Psicossocial (Caps) em São Paulo, mas essa era uma realidade muito distante de nós. O assunto retorna mais uma vez: a fila de espera. Os pacientes "psicóticos" sem vagas para atendimentos clínicos em terapia. O clima fica denso. Os olhares preocupados de todos os profissionais.

A coordenação da equipe olha para mim e fala: "Paulo, sabemos que você já está com os grupos lotados, inclusive os grupos para 'psicóticos'… Mas você poderia acolher algumas pessoas nos grupos de Musicoterapia e Gestalt?". Respiro fundo e, percebendo a angústia que nascia desse campo, falei que poderiam os encaminhar, de pouco a pouco, para que eu pudesse acolhê-los.

Nesse momento, a instituição estava recebendo uma assistente social para trabalhar na triagem dos encaminhamentos internos. No entanto, ela não possuía nenhuma experiência no campo da saúde mental. Falei para ela me enviar os casos mais críticos e que precisavam de um acompanhamento mais imediato.

Na semana seguinte, começo a receber os encaminhamentos dessas pessoas. Chega um senhor que chamarei de João. Ele reclama do seu filho, usuário de maconha. Lamenta, de forma ressentida, sobre sua esposa, que gasta o seu dinheiro. Todo o encontro circula nesses ressentimentos e na preocupação com o seu filho. Observo que o senhor João não apresenta um quadro clínico crítico com sintomas produtivos dos clássicos quadros de psicose. Olho o seu prontuário e não vejo nenhuma passagem pela psiquiatria. Vale lembrar que estamos no ano de 1998! Durante a entrevista, pergunto quem o encaminhou para o nosso grupo de Musicoterapia e Gestalt. Ele responde: "foi uma profissional baixinha… acho que ela é nova aqui!". Logo me vem à mente a imagem da assistente social sem experiência em saúde mental.

Meu fundo existencial se bagunçou… entrou em descompasso! Mesmo percebendo que o senhor João estava, diante de mim, quase apelando para entrar no grupo, fiquei sem saber qual direção tomar. A partitura de encaminhamentos para o grupo de psicóticos começa a ficar assíncrona. Sem haver outro grupo para que eu pudesse acolhê-lo, crio o caminho para o seu retorno na semana seguinte para que, assim, eu pudesse avaliar melhor a sua situação.

Logo em seguida, entra Dona Maria. Ela se queixa do marido alcoólatra e da situação vivida com os vizinhos que a perturbam. Diz que não dorme bem, mas que melhora nos dias que vai à igreja. Dialogamos mais sobre a paisagem dos campos de

afetações de sua vida. Olho para o seu prontuário e vejo que ela também não passou pela psiquiatria ou outro profissional antigo da instituição. Vejo que a assinatura de quem a encaminhou é da assistente social. Só para confirmar, pergunto para ela quem encaminhou. Ela responde: "Ah… foi uma profissional muito simpática e acolhedora que me mandou vir ao senhor… ela me disse que o trabalho aqui é com música, com o corpo… Eu adoro música e adoro dançar!".

Aí pronto! Minha partitura de encaminhamentos para os grupos de psicóticos descompassou de vez! O que fazer com Dona Maria? Não há nenhuma vaga para os atendimentos individuais e, menos ainda, grupos para acolhê-la com o seu "desenho de subjetividade". Solicito à dona Maria que ela retorne na semana seguinte para ter tempo de pensar o melhor caminho para ela.

Respiro fundo e recebo a próxima pessoa para a entrevista. Entra o senhor José, andando com movimentos denteados, um semblante apagado, com um olhar como luz de vela que está quase ao final, sem brilho afetivo. Ele vem acompanhado de sua esposa, que entra na sala triste e de cabeça baixa. O senhor José fica quieto e sua esposa conta a sua história de tantas internações. Ela relata que ele está saindo de mais uma. Tento dialogar com ele, mas ele permanece em silêncio. Depois de um tempo, pego o violão e improviso alguns acordes. Imediatamente, seu olhar se acende. Tenho a sensação de que a sua pulsação de vida brilha, ali, diante de mim.

Leio o seu prontuário e vejo inúmeras hipóteses diagnósticas feitas pelos vários psiquiatras que o atenderam na instituição ao longo dos anos. Vejo que o encaminhamento foi feito pela psiquiatra. Esse encaminhamento deu um sopro de vida na partitura dos encaminhamentos para os grupos de psicóticos. Explico como o trabalho é realizado, articulando a Musicoterapia, a Gestalt-Terapia e práticas corporais. Ele deu um sorriso, dizendo-se feliz de participar de um grupo assim. A esposa agradece e, animada, diz que irá trazê-lo todas as semanas, sem falta.

A angústia me atravessa quando penso na situação dos pacientes "neuróticos" para os quais solicitei o retorno na semana seguinte. Após alguns dias, debruçado em meus estudos de filosofia e subjetividade, encontro-me com um dos meus filósofos prediletos. Estudando a parte I de Ética de Spinoza (2007), sou afetado pela questão da "complexidade da natureza". Movimento-me com a perspectiva de que a natureza expressa a sua grande potência fundada nos campos de experiências entre os modos de ser, totalmente distintos, mas que compõem a mesma unidade substancial infinita, compreendida como Natureza.

As imagens daquelas pessoas atravessam esse momento. Como um feixe de luz, tenho a imagem da natureza composta por diversas formas existenciais e começo a compor ideias, falando alto, movido por afetos que tentam abrir caminhos em meio às impossibilidades que o campo expressava no acolhimento dessas pessoas.

Se a natureza é feita por tantos seres diferentes, compondo-se de tantas maneiras; se a grande potência e exuberância da natureza é a de se atualizar em meio às atualizações dos seres que a compõem, através dos graus de potência dos seus "campos de afetações", ou seja, a partir dos gradientes de afetação entre eles (poder de afetar e de ser afetado), seria possível acolher diferentes experiências de vida, a biodiversidade que está presente no ambulatório? Seria possível compor com eles, com suas histórias de vida, construindo campos de afetações onde novas partituras de vida, partituras inéditas de afetos e de possibilidades expressariam novos sentidos existenciais para todos?

Esse é o início germinal, inspirado na episteme-paradigma composicional da natureza e dos graus de potência dos modos existenciais que Spinoza me ofereceu. Ele me ofereceu, e ainda me oferece, um banquete, com sua perspectiva que é, a um só tempo, tão complexa, mas tão simples. Um banquete à mesa feito pela simplicidade do que é viver. Afinal, a palavra "complexo" vem do latim *complexus* e significa "aquilo que se tece junto", como nos ensina Edgar Morin (2005a, 2005b, 2020).

Desse campo de afetação complexo, seguimos as linhas daquilo que é germinal em cada corpo-subjetividade, em cada forma de ser, que é atravessada por tantas histórias de vida, de experiências vividas e por tantos desejos, que são impedidos pelos manicômios construídos no cotidiano de suas vidas; utilizamos a imaginação conceitual e prática criadora de novos processos de produção do cuidado. Começamos a edificação de nossas sinfonias geopolíticas de cuidado. Mas, alguns passos posteriores precisariam ser debatidos. Vamos aos próximos compassos de nossa partitura de criação de possibilidades nesse primeiro movimento.

Um outro movimento se instaurou dentro desse primeiro movimento, instituinte de descompassos e de construção de novas formas de construir a biomusicalidade (PEIXOTO, 2019, 2020a, 2020b, 2020c, 2021), ou seja, a musicalidade de vida nas formas de lidar com o campo da subjetividade em saúde mental, articulando-o com outros campos.

Estamos na reunião de equipe, na semana seguinte dos "descompassos" vividos na semana anterior. Todos presentes, inclusive a nova assistente social. A coordenação do ambulatório agradece a minha disponibilidade em acolher os novos pacientes. Aproveito a ocasião e faço um agradecimento inusitado. Falo: "Gostaria de agradecer pelo erro da assistente social, que me encaminhou pessoas que não são elegíveis para o grupo de psicóticos!". Todos olham para mim sem entender, como se estivessem desapontados com a minha deselegância com a nova assistente social. Em seguida, continuo o agradecimento: "Gostaria de agradecê-la por me retirar dos trilhos e caminhos em que eu estava trabalhando. Seus encaminhamentos foram

precisos… sobretudo para que eu pudesse desembaçar as lentes pelas quais eu vinha trabalhando no cuidado com as pessoas".

Dessa atmosfera, onde ninguém sabia ao certo o que estava se passando, relato os episódios vividos com os pacientes e o processo de desterritorialização de minhas percepções, ideias, conceitos. Falo do descompasso necessário para que eu pudesse tatear horizontes que, antes, movido pela perspectiva da psicopatologia clássica, era impedido de ver.

Relato a intuição de criar grupos heterogêneos, entrelaçando as experiências de vida daqueles que viveram suas internações em hospitais psiquiátricos e daqueles que vivem outras formas de manicomialização da vida a céu aberto. Muitos olhos arregalados durante a reunião. Falo sobre a inspiração na filosofia de Spinoza e Deleuze e Guattari. Uma inspiração que poderia dar a sustentação de uma práxis que acolhe a biodiversidade que circula no ambulatório. Um silêncio se instaura! Lembrando que estamos em 1998.

O psiquiatra, que criou, anos atrás, o grupo de psicóticos comigo, parceiro de estudos de filosofia, psicopatologia, Gestalt-terapia e tantos outros saberes, levanta e mão e diz: "Paulinho está propondo algo que não está escrito nos manuais de saúde mental, de psiquiatria, de psicopatologia. No entanto, ele nos oferece um caminho muito interessante para este momento em que vivemos, sobretudo, em relação à desmanicomialização da vida e da Reforma Psiquiátrica. Sem contar com a questão da nossa porta de entrada que está estrangulada". Outra profissional afirma: "Sim, considerando que eu sei de algumas situações que não chegam para mim durante a consulta. Quem me conta é a recepcionista que fica ali ao lado dos pacientes. Ela me diz que todos eles acabam interagindo. Fico sabendo de detalhes que eles não me relatam". Ficou claro, para todos, que um ambiente biodiverso já se operava na sala de espera do ambulatório.

Continuo falando sobre o papel da arte nos processos de produção de subjetividade, destacando a perspectiva grega da vida como obra de arte e como poderíamos, juntos, construir uma episteme que acolhesse a diferença, retirando-a dos signos da negatividade e afirmando-a como o caminho para um processo político de produção de vida que se tece nas fronteiras do conhecido e do desconhecido, num espaço onde os compassos e os repertórios de vida dessas pessoas poderiam devir em outras possibilidades. Continuamos o debate para a instauração institucional daquilo que se chamou, inicialmente, de "grupos heterogêneos". Ao final, votação e aclamação.

Estrategicamente, construí somente um grupo heterogêneo e continuei com outros grupos que eu animava: grupo de mulheres, grupo de adolescentes e grupos

de psicóticos. Com o tempo, pude verificar que os temas dos grupos "segmentados pelas lentes da psicopatologia" se cristalizavam, perdendo a sua força-potência de afetação. Ao contrário, no grupo heterogêneo, os temas circulavam como os ventos que nos pegam de surpresa, vindos de todos os lados. Com o tempo, descompassei os antigos grupos, transformando-os, pouco a pouco, em grupos heterogêneos, só mantendo, na formação inicial, o grupo de mulheres e de adolescentes.

Movimento II: das composições teóricas aos descompassos e defasagens espaciais

Com o tempo, fui descobrindo tantos outros parceiros teóricos para dar consistência a essa produção de cuidados complexos, ou seja, um cuidado que se tece com as pessoas, com as suas histórias, para além de diagnósticos e classificações. Mesmo sabendo que elas operam um lugar importante em determinadas ocasiões, como para o olhar clínico do atendimento psiquiátrico, ou mesmo para os pareceres que precisam ser feitos para outras instituições, inclusive para as instituições judiciárias. No entanto, um ser humano não se explica totalmente por estas lentes de ver os fenômenos. É possível compreendê-los por outras lentes… talvez, pelas lentes de sentir… de perceber por *afectus e perceptus*. (DELEUZE; GUATTARI, 1997)Mais para frente, me encontro com uma parte inspiradora do livro *Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais*, de Paulo Dalgalarrondo (2008). Esse livro nos fala sobre o lugar estratégico das artes como fonte de conhecimento da psicopatologia, apoiando-se em Freud, em sua obra *O delírio e os sonhos*, e na *Gradiva* de Jensen, de 1906.

> Poetas e romancistas são nossos preciosos aliados, e seu testemunho deve ser altamente estimado, pois eles conhecem muitas coisas entre o céu e a terra com que nossa sabedoria escolar não poderia ainda sonhar. Nossos mestres conhecem a psique porque se abeberaram em fontes que nós, homens comuns, ainda não tornamos acessíveis à ciência. (FREUD, 1906 apud DALGALARRONDO, 2008, p. 15)

Dalgalarrondo (2008, p. 15) ainda afirma:

> Assim, aproprio-me da formulação freudiana, reconhecendo que o artista percebe antes e mais profundamente do que o cientista; este último organiza melhor, cria sistemas, hierarquias, enfim, "arma" uma

> lógica para a natureza. Mas é do grande artista o privilégio da percepção mais fina, mais profunda e contundente, daquilo que se passa no interior do homem, suas misérias e grandezas.

Freud e Dalgalarrondo ajudam-nos a polir as lentes que utilizamos para compreendermos os fenômenos sensíveis que são, em geral, reduzidos, ordenados e segmentados em classes, gêneros e espécimes psicopatológicos. As artes, já fazendo parte de minha vida, ganham cada vez mais o estatuto de compreensão dos fenômenos sensíveis da biodiversidade que circula nos ambientes de saúde mental.

As artes têm ganhado o estatuto de uma *Scientia Patibilis Natura.* (PEIXOTO, 2007, 2012, 2016, 2018, 2020a, 2020b, 2020c, 2021) Uma ciência da alma e natureza sensível. Uma forma de ciência na qual a arte, a filosofia, os conhecimentos das pessoas possuem a potência de tradução dos signos invisíveis, intangíveis que atravessam as paisagens dos encontros. O nosso desafio, ao longo do tempo, foi produzir contrapontos entre os saberes já institucionalizados da psicopatologia na relação com esses saberes desprezados, considerados "não científicos". A composição entre esses saberes e outros formam a episteme daquilo que nomeamos posteriormente como "heterogênese", inspirando-nos na biologia e em Felix Guattari (1998). Compor conhecimentos em processos de heterogênese. Compor políticas de vida movidos pelas diferenças, fazendo-nos corpo-subjetividade ou, conforme Spinoza (2007), em seu princípio da univocidade do ser: *union corporum, conexiones idearum*; fazermo-nos corpo, num só corpo multitudinal. Conexões de mentes-afetos. Corpo político tecido pelo quiasma de desejos, sonhos, caminhos e composições coletivas, tomando de empréstimo de Merleau-Ponty o conceito de quiasma, nessa composição com Spinoza.

No entanto, nem tudo são flores. Devido às contingências logísticas, os grupos de heterogênese se viram na necessidade de buscar um novo espaço para se encontrarem. Um paciente deu a ideia de irmos para debaixo de uma frondosa mangueira. E, assim, levamos essa questão à instituição. Com o aceite desta, fomos para debaixo da mangueira, levando outros profissionais conosco. Estamos no ano de 2006.

Essa experiência foi fundamental. Um cuidado coletivo que tocou outros profissionais, que abriam as janelas de seus consultórios. As sombras das mangueiras receberam o psiquiatra, a fonoaudióloga, os psicólogos, a terapeuta ocupacional, o poeta que mora na vila onde fica o ambulatório e tantas outras pessoas. Abduzimos a agenda de marcação para a entrada de novos "pacientes". A secretária era orientada a trazer as pessoas que desejavam atendimento. Pessoas que só seriam atendidas em três, quatro meses, ou muito mais. A secretária diz: "Ali, o senhor vai

encontrar o psiquiatra, o musicoterapeuta-gestáltico-filósofo, a fonoaudióloga que canta e faz todo mundo cantar, o poeta da vila e tantos outros profissionais".

As pessoas aparecem em sua riqueza e o ato clínico, na psiquiatria, acontece naturalmente. Afinal, as pessoas não foram para a consulta. Foram para o "grupo da mangueira". Antes e depois do psiquiatra, outros profissionais foram integrando-se à heterogênese, com suas aptidões pessoais, sua arte musical ou poética, e também suas existências singulares. Inclusive a assistente social, que amadrinhou esta história.

As pessoas que precisavam de uma atenção singular eram acolhidas por esses profissionais num outro momento fora do grupo. Muitos deles, que passavam por situações muito difíceis, diziam que o grupo dava a coragem de olhar para a vida de frente. Mesmo que os profissionais oferecessem um momento para um diálogo mais íntimo, muitas dessas pessoas diziam que o grupo bastava.

O mesmo ocorria com as "consultas" com o psiquiatra, que inventou a Psiquiatria In Vivo. Para além da sala convencional, ele inventa a sua cadeira ao pé do ouvido. Ele, sentado com os seus prontuários, deixa uma cadeira ao lado vazia. Enquanto o grupo circulava o tema do dia, com músicas, poesia, dança, filosofia, ele vai recebendo "ao pé do ouvido" as pessoas que estavam agendadas para ele. Lembro-me de tantas situações nas quais o psiquiatra, ao mesmo tempo, concentrado de olhos fechados escutando no "pé de seu ouvido" as histórias das pessoas que o procuravam. Lembro-me de, um dia, uma senhora que pede para falar, após a consulta do pé de ouvido. Ela diz: "O doutor me receitou meu remédio… mas, ele está diminuindo porque estou bem melhor, depois que vim pra cá, embaixo da mangueira com vocês…" e todos batem palmas. Logo em seguida, ela fala: "mas ele colocou uma outra coisa atrás da receita: pra eu namorar mais com meu marido!!". Ela levanta os braços feliz, enquanto todos festejam a construção deste novo caminho que essa senhora está trilhando em sua vida. Ela sente que pode! Pode para além do que vivia antes.

Uma outra invenção, muito legal a meu ver, se instituiu em nossas composições coletivas: os seminários embaixo da mangueira. Todas as quartas-feiras, após o momento do grupo, acontecia o seminário de estudos e de nossa análise institucional. Com o tempo, os usuários-pacientes continuavam conosco, após o grupo de heterogênese. Um dia, o psiquiatra fala: "Pois é, Lacan fazia os seus seminários… Foucault fazia seus cursos… Deleuze também! Aqui, nós temos os seminários com Paulinho… só que embaixo das sombras da mangueira!". Esse momento era maravilhoso, pois é muito comum em muitos grupos as pessoas acabarem não lendo os textos combinados. Apoiado no interesse do grupo, eu surfava nos conceitos advindos da filosofia clássica grega, passando pelos pré-socráticos, Sócrates, Platão, Aristóteles, os

cirenaicos, os cínicos, os epicuristas, passando por Descartes, Spinoza, Leibniz, Vauvernagues, Deleuze e Guattari, Foucault, dentre tantos outros. Nesses momentos, os conceitos se encarnavam de forma prática em nossas operações de produção de corpos-subjetividades. Através dessa micropolítica de produção de conhecimentos embaixo da mangueira, construímos nosso território instituinte que nos levou a muitas descobertas, a muitos caminhos, a novas direções!

No ano de 2007, se operam novos caminhos. Dos descompassos ao sairmos da antiga sala de atendimento, indo para a mangueira, recebemos uma visita inusitada que contribuiu para descompassarmos aquilo que já poderia estar nos fixando nas instituições que o próprio grupo construíra nesse tempo. Recebemos uma visita de dois professores, um de geografia e outro de filosofia, que estavam trabalhando a questão das diferenças com seus alunos. Eles gostariam de trazer suas turmas para conhecerem como as pessoas eram tratadas no campo da saúde mental. A coordenação do ambulatório nos apresenta aos professores e pergunta se eles poderiam trazer os alunos no grupo da heterogênese. Falamos que sim, com autorização de seus pais e da escola. No que isto foi feito, recebemos esses alunos que participaram conosco do grupo. Ali, eles foram recebidos por todos os integrantes, assim como os gregos recebiam os viajantes quando chegavam em suas terras. De forma hospitaleira, sem perguntar de onde vieram, de onde são, sem perguntar seus nomes, a sombra da mangueira devém fronteira que acolhe outras diferenças. Agora, os olhares de alunos de ensino médio que vêm conhecer como o cuidado pode ser operado de forma coletiva e através das diferenças.

Foram dois encontros com esses alunos. No entanto, os professores ficaram encantados com a proposta. Um deles continuou participando da heterogênese embaixo da mangueira durante anos. E, desse encontro com estes professores, nasce outro processo de desterritorialização para a construção de novos territórios de vida. Decidimos ir para um teatro "heterogeneizar" a vida da cidade.

Movimento III: desterritorializações institucionais e geopolíticas afetivas teatrais: das diferenças como *potências polifônicas*

O Teatro do Sindicato dos Petroleiros da Região Norte Fluminense (Sindipetro-NF) foi o palco de encontros nos quais a diversidade de vida da cidade teceu processos onde os corpo-subjetividades que, antes não se afetavam, descobriram as potências das sinfonias geopolíticas de cuidado.

Alunos e professores de escolas públicas e privadas, artistas, usuários de saúde mental do Caps e do Caps AD (álcool e outras drogas), pais de alunos, pessoas que

se agregaram à heterogênese, profissionais de saúde mental do Programa de Saúde Mental de Macaé, inclusive usuários e profissionais do Caps de Rio das Ostras (RJ), vieram participar desse processo composicional de produção de vida.

Desterritorializamos o ambulatório, trazendo as sombras da mangueira para dentro do Teatro do Sindipetro-NF. Uma vez ao mês, nos encontramos para agenciar os afetos-corporeidades-subjetividades através da música, da poesia, do teatro e das reflexões filosóficas sobre a vida. Construímos uma "ágora teatral" como espaço expressivo onde os corpos-subjetividades maquinam ideias-afetos.

A cada encontro, um tema a ser refletido, mediado pela potência das artes. Os alunos trazendo músicas, encenações, filmes, danças para falar de preconceito, racismo, sexualidade, diversidade e tantos outros temas. Construímos uma comunidade geopolítica de atravessamentos vivos de experiências. Atravessamentos que agenciam experiências de vida, olhares, visões de mundo. O teatro reunindo a biodiversidade da cidade, com suas paixões, suas tensões e formas de modalizar os corpos-subjetividades.

Construímos o processo de atualização dos Conatus Coletivos, (PEIXOTO, 2016) inspirando-nos em Spinoza. As nossas capacidades de nos afetarmos, através de experiências tão distintas, tão diversas, produzem signos afetivos-ideativos para além daqueles que são produzidos nos espaços institucionais. Para além de um espaço terapêutico, geralmente condicionado à episteme psicopatológica, em que as intervenções são pautadas em grupos especializados, ao contrário, nossa inclinação se dirige aos graus de potência das pessoas que participam desses encontros. São os poderes de afetar e de ser afetado (grau de potência) que indicam os caminhos possíveis de nos encontrarmos para construirmos a vida juntos.

Inspirando-nos nas potências do *conatus*, em Spinoza, diremos que a composição de indivíduos singulares tendem: 1. a conservar a existência, contribuindo para a conservação da existência da diferença-outro; 2. ao paradigma composicional, (PEIXOTO 2012, 2016, 2021) ou seja, tender a movimentar-se na direção da diferença-estrangeiro-outro, tensionando à composição entre-diferenças, encontrando um limiar possível de campos de coexistências sem rupturas, rasgos, dissensos mortais; 3. à experiência dinâmico-sinfônica, tender a aumentar o seu poder de afetar e de ser afetado, ampliando os seus repertórios de possibilidades sensíveis, perceptíveis, afetivos, ideativos, desejantes, na relação com o estrangeiro-diferença-outro.

O que se percebe, nesses encontros, é a capacidade de perseverar na existência coletivamente, com todas as nossas diferenças. As nossas diferenças são as nossas potências. Política afirmativa da diferença como princípio compositor de partituras coexistenciais complexas. Encontrar o bom ponto entre-diferenças. Esta é

a nossa política. Poder encontrar o bom ponto das tensões entre-olhares, entre--afetos, entre-signos-ideativos. Compreender os "designes afetivos", os desenhos afetivos que se formam como *Gestaltung*, como formas afetivas em movimento. Desenvolver a capacidade de sentir a forma do desenho que constitui a forma afetiva do instante coletivo.

Sentir a *gestaltkreis* (círculo da forma), compreendida aqui como o designe formal que envelopa a forma afetiva do campo. (PEIXOTO, 2020a, 2021) Bin Kimura (2000), por sua vez, apresenta o conceito de *Gestaltkreis*, advindo de Weizsäcker, compreendido como a imbricação das continuidades em meio às descontinuidades. Por esse prisma, Kimura apresenta a imagem do círculo da forma [*Gestaltkreis*], como princípio de imbricação da continuidade na descontinuidade. *Gestaltkreis* como a forma que envolve e que expressa a forma transiente e transitória composta pela forma emergente do campo de afetações do organismo-ambiente que ganha outras formas nas experiências descontínuas, que ganham a sua forma-continuidade.

Em outras palavras, desenvolvemos a capacidade coletiva de sentir-perceber o desenho formal que as formas afetivas-ideativas-desejantes vão ganhando no curso do encontro. A *gestaltkreis* de cada momento, sendo o designe da forma dos campos de afetações dos corpos-subjetividades. Esse "designe", como o desenho biodinâmico e biomusical da forma desses campos de afetações dos corpos-subjetividades, a um só tempo, faz aparecer, expressar as potências-essências-capacidades que o corpo-subjetividade coletivo é capaz, no instante de sua feitura. *Gestaltkreis*, que ganha sempre uma nova modulação, conforme aquilo que o campo de afetação pode. A cada momento, o campo ganha novas modulações. O campo vai se modulando a partir das afetações entre os corpos-subjetividades que o compõem. Os corpos-subjetividades se atualizam a partir das percussões de afetos de que são capazes a cada instante. Daí a perspectiva de que um campo é, por excelência, um campo de afetações. Inspiro-me em Spinoza para pensar o princípio das percussões dos corpos-subjetividades compondo sempre um campo de afetação singular e em ato!

Por esse prisma, temos o *designe* do *conatus* coletivo, atualizante e atualizador das formas existenciais coletivas-individuais. O *conatus*, para Spinoza (2007), é a potência de perseverar na existência. Já *conatus* expressa as nossas capacidades de composição coletivas, para que nos formemos polifônicos e polimórficos: atualizações das formas de sentir, falar, se expressar, se expor, pensar e estar envolvido no mundo, como fenômenos acontecimentais. Contatar o mundo e a vida, movidos pelo *conatus* coletivo, que pulsa, as polisfonias e as polismorfias dos corpos-subjetividades. Somos, cada um de nós, habitados por cidades de afetos, cidades de desejos, sonhos, delírios, paixões, somos polifônicos e polimórficos! Compor polifonicamente e polimorficamente com os outros é a nossa deliciosa aventura!

Cabe ressaltar que a perspectiva dos corpos-subjetividades advém da composição conceitual que faço entre a filosofia dos incorporais da filosofia estoica com a perspectiva da microfísica afetiva spinozista, o conceito de corpo em Merleau-Ponty (2003) como corpo no mundo, corpo percepiente e corpo vivido-vivente-senciente, (ALVIM, 2014) bem como a perspectiva do corpo sem órgãos, como o corpo intensivo-corpo de intensidades-devires, corpo desejante, em Deleuze e Guattari (1997) e, por sua vez, a perspectiva dos processos de individuação em Gilbert Simondon (2005), para pensarmos as modulações dos processos de subjetividades, através das modalidades do ser.

Desses filósofos, concebemos a perspectiva dos corpos-subjetividades. Para além do cogito cartesiano do *Cogito ergo sum* (penso, logo existo), concebemos, inspirados nos filósofos citados, que sentimos-percebemos, logo existimos. Para além de possuir um corpo, nós somos o corpo aqui e agora. Corpo-subjetividade, corpo que se pensa, corpo que sente, corpo no mundo, corpo lançado aos devires-ambientes. Corpo pulsado pelo *conatus* desejante multitudinal, essa potência constituinte pulsante da natureza que nos habita e habita todos os seres de forma polifônica e polimórfica.

Pensar esse *conatus* desejante multitudinal, como uma potência de vida que habita tudo o que existe, será compreender que essa natureza pulsante de vida não se explica como se ela fosse uma propriedade intrínseca de um corpo-subjetividade, sem relação dinâmica com o mundo e a vida. Esse *conatus* desejante e multitudinal se explica, como Gilbert Simondon (2005) nos diria, através daquilo que os filósofos jônios propuseram à potência de nosso entendimento sobre os processos de individuação movidos pelas indeterminações.

Simondon lança a nossa atenção para a experiência do *apeiron* de Anaximandro. A*peiron* compreendido como a potência infinita, instituinte, indeterminada, livre, que pulsa novos seres de sensações, infinitas possibilidades, modulações em nossas formas de sentir, pensar, perceber, desejar na relação com o mundo e no mundo! Por esse prisma, o *conatus* desejante multitudinal é esta potência de vida que persevera, que insiste e que existe, somente, em relação.

Decorre, daí, que nos movemos numa epistemologia das composições, ou seja, através de uma episteme composicional, de onde o que vemos, percebemos e compreendemos são processos-caminhos de composições permanentes entre corpos-subjetividades. Pois, cada forma de um corpo-subjetividade só ganhou uma dada forma através de uma partitura de afetações. Uma forma do corpo-subjetividade é filha do campo de afetações de que ela é a expressão. No entanto, por meio do método fenomenológico, que expressa o fenômeno em seu processo de emergência, ou seja, o caminho do aparecer do fenômeno como acontecimento como fruto

do corpo-subjetividade no mundo e na vida, temos condições de compreendermos o estado nascente de cada potência; ela mesma compreendida como a capacidade de ser afetado e de afetar a situação vivida em ato. Por outro lado, instigados pelo método cartográfico de Deleuze e Guattari (1997), temos a escrita dos mapas desejantes, com seus traçados e linhas dos agenciamentos maquínicos dos corpos-subjetividades. Linhas, conexões, desvios, cortes na duração dos afetos, pulsações dos desejos que se lançam em linhas desterritorializantes e que desegmentam os traçados territorializados e instituídos de vida. Daí, pensamos o nosso método de perceber, sentir, pensar essa epistemologia composicional como um método fenomenográfico, ou uma cartografia afeto-contato-fenomenológica.

O processo de desterritorialização, operada através da heterogênese, desterritorializando práticas-saberes instituídos na instituição Saúde Mental, promoveu a circulação do *conatus* desejante multitudinal. Aquilo que era uma multidão de inquietações em cada profissional de saúde mental, educadores, usuários-pacientes da saúde mental, alunos de escolas públicas-privadas, artistas e pessoas da cidade se movimenta na direção (pulsação desejante) de criação de novos espaços e comunidades de cuidados e de vida! Daí, vemos a operação feita por essa episteme composicional, donde todos se sentem parte da sinfonia da vida. Temos a emergência, o processo de aparecer do *apeiron* urbano, da potência instituinte e múltipla que cada um traz consigo, como potência do infinito da natureza que nos habita, entrando em experiências de composições coexistenciais, coletivas constituintes do corpo-subjetividade político.

As diferenças entre os corpos-subjetividades nos proporcionam os caminhos para o encontro com as potências polisfônicas e polismórficas. Potência do dissenso que encontra o acorde possível, nascente dos agenciamentos de vozes, de desejos, de ideias, de caminhos antes não pensados, da superação de toda e qualquer forma de violência destruidora de vida. Aprendemos a nos fazer potência polisfônica, nos fazendo corpo-polis-cidade de campos de afetações em muitas vozes. Partitura polisfônica de indeterminações que dá voz àqueles que se emudecem pelos sedimentos de verdades e de práticas que institucionalizam o desejo àquilo que já está pronto para ser consumido. Vozes instituídas que ganham, pouco a pouco, espaço para devirem vozes instituintes, saindo de uma palavra falada para uma palavra falante. (MERLEAU-PONTY, 2003) Uma fala falante e instituinte de vida, saindo das amarras daquilo que já está instituído nas instituições e que, ao longo de todo um processo de institucionalização, são agenciados de forma introjetiva à reprodução daquilo que já está pronto, feito, servido e engolido.

Movimento IV: desterritorializações citadinas: geopolíticas afetivas pelas entranhas da cidade

A praça Veríssimo de Mello, no centro da cidade de Macaé, tem árvores centenárias que observam a passagem de tantas pessoas que, simplesmente, atravessam os trajetos da praça, sem nenhuma relação com ela. Cortam suas passagens, pois elas veem a cidade através dos traçados já delineados em suas mentes. Cortar a praça para se chegar a outro ponto da cidade. A praça é somente um caminho encurtado, cortado, pelo qual se ganha tempo.

Veem-se pessoas sentadas nas poucas mesas dos jogos de damas. Os "desocupados" passam sua jornada por ali. Uma praça onde não se vê bancos para se aconchegar e desfrutar as sombras das árvores centenárias. Uma paisagem que canta histórias de vida. Das árvores, debruçam-se cipós compridos como as madeixas de uma bela mulher. Quase em frente à igreja, que fica do outro lado da rua defronte à praça, um parquinho que eu mesmo brinquei na minha infância. Estar nessa praça é ser atravessado pelas imagens das famílias que levavam seus filhos para brincar no parquinho e andar de bicicleta. A elegância da praça, com suas árvores centenárias que deixam cair suas madeixas de cipós, não perde a sua potência exuberante que canta um fundo surdo de sentidos para aqueles que a atravessam…

Essa paisagem ganha novos contornos quando crianças, adolescentes, todos alunos das escolas públicas e privadas, seus pais, seus professores, artistas, profissionais e usuários de saúde mental e aqueles que atravessam a praça passam a compor o corpo-subjetividade coletivo da heterogênese urbana.

O dia está nublado. O vento cortando e sacudindo as folhas das árvores que dançam com as suas madeixas-cipós. É o mês de agosto. As nuvens cortam o céu. Umas parecem desejar ver o que acontece lá embaixo, no meio da praça. Mais de duzentas pessoas insistindo em se manter juntas nesse dia de ventania. O tema é o individualismo. As crianças haviam preparado suas apresentações durante o mês com os professores. A escola em frente à praça instituiu que o dia de heterogênese é o dia da sala de aula a céu aberto. Os alunos do ensino médio prepararam textos e pesquisas sobre o tema. Os usuários de saúde mental querem cantar uma música. Os garis da praça trabalham muito, pois as folhas não param de cair lá de cima. Pessoas que atravessam a praça se aproximam, trazendo a curiosidade sobre o que se passa por ali.

O microfone está aberto e as crianças desejam tomar a palavra. Elas não param de falar sobre o individualismo, o egoísmo e outros afetos que transversalizam o tema do dia. "Cada um só pensa em si… isso acontece na escola, lá em casa, no lugar

que eu moro…", expressa uma criança de 9 anos que arranca aplausos do imenso público de mais de 250 pessoas. Um senhor conta sua história de infância e como a sua vida simples e humilde não o impediu de pensar, também, de pensar e ajudar os outros. "Eu vim da roça… e quando a gente vive na roça, a gente não tem muita coisa pra viver… vive com o que se tem… e também ajuda aqueles que não têm nada…". Essas falas começam a produzir um envelope de afetos que envolve todos os presentes. Outra criança fala que, em sua casa, ela vê todo mundo distante, cada um no celular… "todo mundo está junto e separado!".

O fenômeno que se desencadeia se tece de forma rizomática. (DELEUZE; GUATTARI, 1996) Uma rede de conexões se borda, produzindo-se uma partitura de sentidos atravessada por uma fala instituinte e desterritorializada. As palavras ganham sua potência de fiar os afetos que as pulsam, que as pululam do fundo da existência de cada um. A liberação do *apeiron* urbano, (PEIXOTO, 2016) ou seja, dessa potência indeterminada, livre, infinitamente desejante de expressão, vai fiando o acontecimento em devir. As vozes vão se agenciando maquinicamente, ou seja, se compondo em suas formas de afetação, afetando e sendo afetadas por outras, aumentando o grau de potência, o grau de afetação do acontecimento nascente.

Temos a bordadura das vozes que não encontram espaço nas entranhas da cidade para se expressar. Os encontros da heterogênese urbana constituem esse corpo-subjetividade coletivo para a liberação do *apeiron* urbano. Outra criança toma a palavra e fala do seu incômodo em ver que as pessoas zombam de sua tia que bebe muito. "As pessoas só querem pensar nelas mesmas… não sentem o que as outras podem estar sentindo…". Em meio às suas palavras, os ventos ganham mais força. As árvores dançam com mais vigor. No entanto, as pessoas desejam participar dessa sinfonia urbana. Músicas são cantadas, produzindo um envelope afetivo-biomusical. (PEIXOTO, 2019) As músicas dando o contorno, o envelope de sentidos afetivos que as palavras, somente, não são capazes de exprimir. A *awareness* coletiva e do campo (PEIXOTO, 2018, 2019, 2020a, 2021) vai se tecendo, pouco a pouco. Uma forma de sentir o que se passa com os outros vai constituindo sentidos que ganham corpo. Sentidos que ganham carne, inspirando-nos em Merleau-Ponty (1948). Sentidos que escorrem de suas vidas, aprisionadas em tantas falas instituídas, que só servem para corresponder aos desejos de quem as desejam silenciadas. A experiência dessa *awareness* do campo é o efeito da reunião das potências de sentir, de perceber o outro, de ser penetrado por mundos antes nunca conhecidos, de entrar em ressonâncias afetivas com aquilo que os outros dizem e vivem. O processo de biomusicalidade afetiva se tece nesses encontros. Uma musicalidade coletiva de afetos, nascente da experiência de viver com aquilo que é diverso, que

é distinto de si, liberando a potência infinita do *apeiron* que nos habita e que devém *apeiron* coletivo instituinte de sentidos.

Ao final do encontro, uma senhora vai em direção ao microfone. Lentamente, ela se encaminha e pega o microfone, dizendo: "Estou aqui… e nem sei ao certo por que eu estou… mas sei que preciso estar olhando para vocês daqui…". Ela fica em silêncio olhando para todos ao seu redor… um silêncio gigantesco brota da multidão… uma outra forma-envelope nos envolve… uma *gestaltkreis* afetiva ganha corpo, ganha carne, modulando o ambiente à experiência de uma temporalidade marcada numa lentidão grandiosa… Essa senhora modifica as cadências rítmicas de nossa sinfonia urbana, deixando que seu olhar ativo cantasse outras melodias que se encarnam em sua pausa infinita… Somos todos… pausa biomusical coletiva! Pausamos para sentir a *gestaltkreis* nascente. A forma que o campo afetivo ganha agora é totalmente diferente dos outros semblantes que o campo de afetação expressava até agora. O envelope afetivo produzido pela percussão de seu silêncio-olhar deu carne a outra forma de temporalidade que nos recompôs e nos atualizou, diferentemente de como a nossa sinfonia de afetos se fazia. Temos a expressão da dinâmica da Gestalt-musicoterapia multitudinal, ou seja, de uma clínica biomusical que produz sinfonias através das composições latitudinais e longitudinais dos afetos que cantam do fundo de cada um e que se fazem corpo-carne, através dos agenciamentos que são capazes de compor a cada instante.

Após alguns minutos, ela respira fundo e diz: "Aqui eu aprendo a ser afetada… e também aprendo a afetar… Fiquei num silêncio enorme, pois não sabia o que falar para vocês… Eu só queria sentir vocês daqui… pois eu sempre estou lá, sentada… o que me fez vir aqui e pegar o microfone? Foi sentir a coragem das crianças que falaram tantas coisas de suas vidas… as músicas e o canto de tantas pessoas que tocam no fundo da alma… Tudo isso me fez vir aqui e sentir daqui… Eu nunca tive coragem de falar em público… Eu nunca tive coragem de falar em minha vida… a diretora da escola aqui da frente da praça fala que a heterogênese é uma sala de aula a céu aberto… sim… e eu nunca aprendi o que eu aprendo aqui… em nenhuma aula que eu tive dentro de uma escola… nem dentro de casa! Agradeço a vocês!". Todos a saúdam com palmas que não finalizam, como uma tribo que saúda uma guerreira que teve a coragem de se afirmar diante de todos, contando as suas histórias e nos ensinando sobre a arte de falar em primeira pessoa, de forma parresiástica. (FOUCAULT, 2009b)Assim como essa senhora, centenas e centenas de pessoas desvirginaram seus afetos, suas palavras. A palavra desvirginada e desterritorializada, saindo da palavra falada para uma fala falante. (MERLEAU-PONTY, 2003) Movida pelas cadências das palavras cantantes e instituintes, habitada pela força de afecção das palavras

crianceiras, ela se tece em ambiente de vida para si e para os outros… ela se nasce ambientalidade (RIBEIRO, 2019) para todos nós! Palavras que desterritorializam os corpos-subjetividades instituídos em seus traçados de vida. Novas linhas de fuga são traçadas pelas conexões disparatadas entre heteróclitos corpos-subjetividades.

As percussões dos corpos-subjetividades fazem vibrar e pulsar, do fundo implícito de suas vidas, a potência instituinte desse *apeiron* que nos habita e habita todo o universo. Fazemo-nos corpos-subjetividades tribais! Aproximamo-nos de uma potência ancestral que nos habita, mas que os sedimentos de conhecimentos e da vida social instituídos pela sociedade nos impedem de sentir. (MERLEAU-PONTY, 1948) Sedimentos institucionais que nos impedem de perceber o mundo, de estar no mundo, com o mundo, para liberarmos as polifonias e novas polimorfias existenciais. Claro, sempre em processos de afetações que fazem liberar a potência deste *apeiron* urbano, esse infinito que nos habita e que pode se ligar aos outros infinitos-potências desejantes de vida.

A composição das geopolíticas afetivas, através da heterogênese urbana, ganhou outros espaços. Córrego do Ouro, Trapiche, Glicério, distritos da serra da cidade de Macaé. Lugares mais distantes do centro da cidade, mas que já participavam, com os alunos de suas escolas, na praça Veríssimo de Mello. A heterogênese urbana também proporcionou, durante anos, composições afetivas no interior de inúmeras escolas públicas e na Cidade Universitária de Macaé, através da Secretaria Adjunta de Ensino Superior, animada pela equipe da Universidade Livre e destinada aos alunos do Pré-Vestibular Social.

Movimento V: geopolíticas biomusicais de cuidado nas nuvens – heterogênese e Vidas em Rede

Com a chegada da pandemia da covid-19, novas modulações se operaram em nossa prática, como compor o cuidado à distância, compreendendo que as populações sofriam de muitas necessidades, mas, por sua vez, precisando de cuidados dirigidos ao campo da saúde mental. Inspirados na heterogênese urbana e, por sua vez, tendo relações com o projeto de extensão Corpos em Rede, do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), coordenado pela Profa. Mônica Alvim, tendo a participação ativa e instituinte dos alunos de graduação em Psicologia da UFRJ,, compomos uma geopolítica afetiva de cuidados nas nuvens. Essa ação é coordenada pela equipe da Universidade Livre da Secretaria Adjunta de Ensino Superior, da Secretaria de Educação de Macaé, tendo como parceiros interinstitucionais o Núcleo Municipal de Saúde Mental e

os Espaços de Convivência do Programa de Saúde Mental de Macaé, o Núcleo de Tecnologia Municipal da Secretaria de Educação, a Superintendência de Educação Infantil, o Centro de Formação Carolina Garcia da Secretaria de Educação de Macaé, o Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), os Centros de Convivência do Estado do Rio de Janeiro e a Fundação Osvaldo Cruz (Fiocruz).

A ação Vidas em Rede é um desdobramento de um longo percurso com mais de trinta anos de produção de cuidado no campo da saúde mental. Por esse prisma, essa é mais uma ação que reúne as políticas públicas de saúde e de educação para a construção de geopolíticas biomusicais de cuidado em tempos de pandemia. Os encontros ocorrem uma vez por semana, através do Google Meet, reunindo pessoas das cidades de Macaé, Rio das Ostras, Niterói, Rio de Janeiro, Juiz de Fora, Salvador, dentre outros lugares do Brasil, além de Gana, França e Canadá.

Um dos fenômenos percebidos, desde o início da pandemia, foi a relação das pessoas com a biomusicalidade espaço-temporal. As formas de marcar os ritmos de vida de seus territórios sofreram outras cadências, produzindo sintomas importantes. Percebemos que um dos fenômenos foi a toposfobia, manifestando-se como uma certa aversão aos espaços vividos cotidianamente em casa. Uma experiência na qual o espaço cotidiano de casa torna-se produtor de angústia, ansiedade, produzindo irritação e outros afetos de diminuição de potência de vida. Outro fenômeno percebido foi a cronosfobia, ou seja, uma percepção que os dias são muito parecidos uns com os outros. A forma de marcar as cadências de vida tornam-se repetitivas, crônicas, sem vida. Diríamos que essa forma de marcar o tempo de vida, de forma crônica, se pareça com a forma biorrítmica da temporalidade das instituições, tais como o hospício, os hospitais, os presídios, conforme nos ensina Jean-Oury, psiquiatra fenomenólogo criador do Centro La Borde, na França, onde Felix Guattari trabalhou. (REGGIO; PEIXOTO, 2009) Conforme Jean-Oury diz, a vida parece não circular nesses espaços. (2002 apud REGGIO; PEIXOTO, 2009)Daí o tempo parece não fluir, perdendo a sensação das cadências e modulações do tempo em devir. Claro que outras questões importantes nos chamavam a atenção. O fato das pessoas se angustiarem por não possuírem informações claras sobre a pandemia, sobre a produção de uma vacina, o medo de perderem o emprego, o medo de terem que sair para trabalhar, o medo de serem infectadas por parentes que precisavam sair para trabalhar e retornar para casa, dentre tantos outros temas que atravessam o início da pandemia e que ainda nos assolam.

A ação Vidas em Rede se inicia em meados de maio de 2020, seguindo os princípios: 1. da universalização dos serviços e ações de cuidado, pois todos possuem os

mesmos direitos à saúde, à educação e às políticas de proteção social; 2. acessibilidade aos serviços, proporcionando o acesso às pessoas que habitam em qualquer lugar; 3. equidade, garantindo os direitos ao cuidado à singularidade de cada pessoa e suas necessidades; 4. integralidade, ao produzir o cuidado, buscando compreender as necessidades biopsicossociais de cada um; 5. participação social: a ação Vidas em Rede, como uma ação de produção de vida, compreende que a formulação, a gestão e a avaliação de sua prática precisa ter a participação daqueles que fazem parte dela.

Apoiados por esses princípios e por tantos saberes e experiências das pessoas que moram em Gana, na França e no Canadá, a heterogênese ganha mais uma modulação através do Vidas em Rede. Inspiramo-nos, por sua vez, no conceito de Redes Vivas, (MERHY et al., 2014) pois vamos conhecendo, paulatinamente, como os territórios de vida de cada pessoa se tecem. As janelas de suas vidas vão se abrindo, desde o momento em que abrem a câmera do seu telefone ou computador. Veem-se paisagens que não são vistas num *seeting* clínico clássico. As janelas de suas vidas produzem uma anomalia a partir das superfícies de contato que somos capazes de compor através das telas virtuais. Novos campos de afetações se virtualizam, deslocando-nos e desterritorializando-nos de nossos hábitos clínicos de cuidado para novas construções de geopolíticas de cuidado, que se desdobram nos espaços-temporalidades do porvir. Todas as sextas-feiras, das 7h45 às 9h da manhã, iniciamos os encontros do Vidas em Rede. Os encontros ocorrem através do ambiente Google Meet, onde a Musicoterapia Gestáltica, as coreografias heterotópicas do tai chi chuan e a filosofia se bordam e se tecem com os conhecimentos e as experiências das pessoas.

Às 7h45, iniciamos o momento-caminho do "prelúdio contatual". Momento do primeiro caminho contatual, pelo qual experienciamos o processo de chegada/acesso de cada pessoa, enquanto a música, ao piano, vai recebendo cada um. Momento-caminho do pré-contato (PERLS; HEFFERLINE; GOODMAN, 2001) em que a ambientalidade sonoro-afetivo-musical do piano, executado *in vivo*, convida cada um a habitar a fronteira que vai se construindo com pessoas advindas de tantos lugares. Às 8h, iniciamos o momento-caminho de um tema nascido no prelúdio. Pouco a pouco, vemos germinar uma estética da presença. A paisagem vai se tornando viva na medida em que os afetos circulam em palavras que deixam de ser palavras com cunho informacional. As palavras ganham a sua dimensão estético-pático-sensível. Ingressamos nos espaços heterotópicos, (FOUCAULT, 2009a) em espaços imprevistos, espaços-lugares outros, jamais preconcebidos, mas, nascidos dos campos de afetações do instante nascente. A temporalidade se torna heterocrônica. Os espaços de vida, sentidos como angustiantes, agora são vividos pelas

pulsações dos biorritmos contatuais coletivos que possuem suas cadências próprias, ao fluxo dos contatos pelas telas virtuais. Germinamo-nos em meio aos processos das "aparecências das coisas mesmas" a que somos capazes de viver, dizer, sentir e construir juntos, inspirando-me aqui de Merleau-Ponty (1945).

O terceiro momento-caminho é feito pelas linhas das coreografias poéticas-rítmicas-afetivas-heterotópicas. Essa é a experiência na qual criamos novas formas de habitar os espaços-temporalidades, movidos pelos movimentos do tai chi chuan e da música. A biomusicalidade do encontro ganha novas teceduras e tensões. A musicalidade de vida pulsa em novas trilhas e direções. A música presente nos envolve, como um envelope sonoro-musical, como nos diria Lecourt (1988 apud ANZIEU, 2013), como um caminho de fluidez que nos proporciona as trilhas para ingressarmos nas paisagens do devir. A senciência *aware* coletiva ganha mais potência de vida nesse momento. Um organismo coletivo, que se autorregula sencientemente através do campo de afetação/experiência, mediado pelas coreografias heterotópicas do tai chi chuan e a música.

É chegado o momento-caminho contatual que se tece através da musicoterapia gestáltica. Esse é o momento no qual cada um mergulha nas músicas das janelas. (BARCELOS, 2020) O piano, a voz do pianista, as vozes de todos, ou mesmo um silêncio profundo, produz a aparecência de uma sinfonia de vida. O banho sonoro-musical integra, produzindo um território de pertencimento de si para si e, por sua vez, encaminhando o afeto de pertença social.

Após o banho sonoro-afetivo-musical, a palavra ganha uma dimensão totalmente diferente daquela do início do prelúdio. Talvez, alguém tenha trazido uma poesia, ou mesmo criado uma poesia durante o nosso caminho. Nesse ponto de nosso caminho, já podemos sentir que os participantes já não são mais os mesmos que chegaram. Cada um pode levar para a sua vida pitadas de possibilidades para continuar sua vida pela travessia da pandemia. Construímos um caminho que se faz carne por meio das nossas potências de habitar os espaços e temporalidades de que somos capazes a cada encontro. Construímos as nossas ambientalidades afetivas instituintes, inspirando-nos do conceito de ambientalidade de Jorge Ponciano Ribeiro (2019). Para além dos espaços geográficos, onde construímos nossos hábitos e trajetos, engendramos, de forma ético-estético-político, ambientalidades afetivas que se bordam em relação, mesmo atravessando e sendo atravessados pelas intensidades das telas virtuais. Os afetos encurtam distâncias. (PEIXOTO, 2020a) Os afetos tendo potência instituinte de invenção de novos mundos em heterogênese.

Inconclusivas travessias em heterogênese

Como concluir sobre algo que está em processo permanente de invenção? Temos a preferência de deixar em aberto. Assim como uma obra de arte aberta às novas possibilidades do instante. Uma abertura para além de certezas. Uma abertura que nos fala sobre a construção de políticas públicas abertas aos processos instituintes do desejo coletivo e multitudinal.

Somos afeitos às "inconclusões". Deixamos pistas sobre a possibilidade de invenções coletivas. Mais do que certezas, deixamos rastros de perfumes no ar. Deixamos pitadas de caminhos possíveis para a construção de sinfonias geopolíticas de cuidado. Talvez, somos esta mistura de música africana, brasileira que se mistura com o *blues* e o *jazz*; deixamos os caminhos sempre livres para a invenção. E que sejam invenções sempre feitas através de multidões de desejos, de sonhos, de inquietações, de tensões.

Deixar brotar polifonias nas quais a vida pulsa naquilo que estava retido, contido, sem espaço-temporalidade para expressão. Fazermo-nos corpo de uns para os outros. Essa é a aposta posta à mesa das incertezas. De uns para os outros, fazemo-nos a experiência carnal que só pode ser engendrada em polifonias singulares e em ato. Bordar-nos, através das vielas, passagens dos desejos. Devir-asas, devir-territórios-de-vida, de uns para os outros. Geopolíticas intensivas de afetos e desejos. Elas se fazem, sempre, através das micropolíticas afetivas que tensionam aquilo que está instituído em nossos corpos-subjetividades, feitos por tantas linhas fiadas por tantas experiências vividas.

Este capítulo traça pistas que se enveredam à construção das possibilidades. Compomos pitadas de possibilidades de invenção de vida com as tantas pessoas que nós caminhamos juntos. Através da reunião das polifônicas expressões dos desejos, nos fazemos corpos-subjetividades coletivos de diversas formas. Esse é o processo de heterogênese. Compor com as diferenças e, através delas, encontrar o impulso necessário para a invenção. Daí, o nosso entendimento de que estamos inclinados às práticas ético-estético-políticas. Práticas coletivas instituintes que afirmam a dimensão das políticas públicas dos campos da saúde, da educação, do desenvolvimento social, da arte e da cultura entrelaçadas às tantas formas de vida que se encontram na cidade. Políticas públicas em devir!

Referências

ALVIM, M. A *poética da experiência*: Gestalt-terapia, fenomenologia e arte. Rio de Janeiro: Garamond, 2014.

ANZIEU, D. *Les enveloppes psychiques*. Paris: Dunod, 2013.

BARCELOS, L. R. A *música nas janelas como experiência imunogênica em tempos de pandemia (covid-19) e a musicoterapia*. [*S. l.*]: [*s. n.*], 2020. No prelo.

DALGALARRONDO, P. *Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais*. Porto Alegre: Artmed, 2008.

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. *Mil Platôs*. São Paulo: Editora 34, 1996. v. 1.

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. *Mil Platôs*. São Paulo: Editora 34, 1997. v. 2.

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. *Mil Platôs*. São Paulo: Editora 34, 1998. v. 3.

FOUCAULT, M. *Le corps utopique et les heterotopies*. Paris: Éditions Lignes, 2009a.

FOUCAULT, M. *Le courage de la vérité*. Paris: Gallimard: Seuil, 2009b.

GUATTARI, F. *Caosmose*: um novo paradigma estético. São Paulo: Editora 34, 1998.

KIMURA, B. *L'Entre*: une approche phénoménologique de la schizophrénie. Paris: Millon, 2000.

MERHY, E. *et al*. *Redes Vivas*: multiplicidades girando as existências, sinais da rua. Implicações para a produção do cuidado e a produção do conhecimento em saúde. Rio de Janeiro: Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, 2014.

MERLEAU-PONTY, M. O *visível e o invisível*. São Paulo: Perspectiva, 2003.

MERLEAU-PONTY, M. *Phénoménologie de la Perception*. Paris: Galimard, 1945.

MERLEAU-PONTY, M. *Causeries*. Paris: Seuil, 1948.

NIETZSCHE, F. A *origem da tragédia*. Rio de Janeiro: Moraes, 1980.

MORIN, E. *Introdução ao pensamento complexo*. São Paulo: Eliot, 2020.

MORIN, E. A *religação dos saberes*: o desafio do século. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2005a.

MORIN, E. O *método I*: a natureza da natureza. Porto Alegre: Sulina, 2005b.

PASSOS, E. *Os dispositivos clínico-políticos e as redes no contemporâneo*. Porto Alegre: Conselho Regional de Psicologia, 2000. Disponível em: https://app.uff.br/slab/uploads/texto8.pdf. Acesso em: 22 set. 2020.

PASSOS, E.; BENEVIDES, R. Clínica, política e as modulações do capitalismo. *Revista Lugar Comum*, Rio de Janeiro, n. 19-20, jan.-jun. 2004.

PEIXOTO, P. T. *Psicopatologia estética, psicopatologia do sentir, psicopatologia biomusical*: para uma diagnose estético-poiético-musical a partir da gestalt-terapia, musicoterapia e filosofias da imanência. 2021. (Relatório de Pós-Doutoramento em Psicologia) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2021. No prelo.

PEIXOTO, P. T. Wu Wei e biomusicalidade: Musicoterapia, Gestalt-Terapia e as Filosofias da Imanência em tempos de pandemia. *Instagram*, [*s. l.*], 8 ago. 2020a. Disponível em: https://www.instagram.com/tv/CCL5UcSFjUY/?igshid=fz5zh7cnfpi8. Acesso em: 26 jul. 2021.

PEIXOTO, P. T. Vidas em rede e as travessias da pandemia. *Boletim Ciência Macaé*, Macaé, v. 1, p. 15-35, 2020b.

PEIXOTO, P. T. Wu Wei e ambientalidades afetivas: uma visão biomusical em tempos de pandemia. *In*: ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE GESTALT TERAPIA E ABORDAGEM GESTÁLTICA. *Olhares da Gestalt-terapia para a situação de pandemia*. Curitiba: CRV, 2020c. p. 205-225.

PEIXOTO, P. T. *Os afetos encurtam distâncias*. [*S. l.*], 2020d. Facebook: Celeiro de Vida Aion Ville. Disponível em: https://www.facebook.com/tarsopeixoto/videos/3193418527402606/. Acesso em: 26 jul. 2021.

PEIXOTO, P. T. Biomusicalidade: a vida como obra de arte a partir da musicoterapia gestáltica e das filosofias da imanência. [*S. l.*]: [*s. n.*], 2020e. 1 vídeo (93 min). Publicado pelo canal Instituto Sedes Sapientiae. Disponível em: https://www.youtube.com/watch?v=Gsjup9drYMU&feature=youtu.be. Acesso em: 26 jul. 2021.

PEIXOTO, P. T. Network lives. *In*: HESSER, B.; BARTLEET, B. L. (org.). *Music as a global resource*: solutions for cultural, social, health, educational, environmental, and economic issues. 5. ed. New York: New York University, 2020f. p. 26-27.

PEIXOTO, P. T. Biomusicalidade, experiência e awareness coletiva: Gestalt-terapia e musicoterapia no cuidado de pais e bebês. *Revista Estudos e Pesquisas em Psicologia*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 1084-1103, 2019.

PEIXOTO, P. T. *Gestalt-terapia e contatologia*. Macaé: Paulo-de-Tarso editor, 2018.

PEIXOTO, P. T. *Afetologia*: meditações para a vida. Macaé: Paulo-de-Tarso editor, 2017.

PEIXOTO, P. T. *Composições afetivas, cidade e heterogênese urbana*: para uma democracia composicional. Macaé: Paulo-de-Tarso editor, 2016.

PEIXOTO, P. T. *Heterogênese, transcomposições* e saúde mental. Rio de Janeiro: Multifoco, 2012.

PEIXOTO, P. T. *Do esquadrinhamento dos corpos* à invenção de práticas instituintes nos ambulatórios de saúde mental: três movimentos para a heterogênese. 2007. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2007.

PERLS, F.; HEFFERLINE, R.; GOODMAN, P. *Gestalt-Thérapie*: nouveauté, excitation et développement. Paris: L'Exprimerie, 2001.

REGGIO, D.; PEIXOTO, P. T. Espaços expressivos, diversidade e heterogênese urbana. *Revista Visões*, Macaé, n. 7, 2009.

RIBEIRO, J. P. Ambientalidade, co-existência e sustentabilidade: uma gestalt em movimento. *Revista Estudos e Pesquisas em Psicologia*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 896-914, 2019.

SIMONDON, G. *L'individuation à la lumière des notions de forme et d'information.* Grenoble: Millon, 2005.

SPINOZA, B. *Ética.* Belo Horizonte: Autêntica, 2007.

RAÇA, RACISMO E SAÚDE

entendendo velhos conceitos, construindo um novo mundo

MÔNICA MENDES GONÇALVES

Introdução

Este ensaio é uma convocação a todos os profissionais de saúde para pensar conexões entre o campo das relações raciais e esse campo da saúde em que habitam.[1] De outra forma, trata-se de um chamado a compreender os engendramentos entre a raça e a saúde e os impactos e repercussões dessa dinâmica na saúde das pessoas, assim como nas instituições de saúde, no modo como as políticas de saúde se organizam. A saúde, portanto, está tomada em duas perspectivas, em dois sentidos ou dimensões: aquela que se refere a uma condição de bem-estar das pessoas e grupos; e outra que diz respeito às instituições e aos serviços que compõem ou integram redes assistenciais de cuidados. Raça e racismo, como conjunto complexo de mecanismos de diferenciação, subordinação, hierarquização e dominação que compõem os sistemas raciais, ocupam um lugar destacado na nossa organização social. Esse conjunto produziu, desde muito tempo, e segue produzindo uma certa forma, estrutural, que conforma a organização social em seus aspectos político, institucional e simbólico; âmbitos nos

1 Algumas dessas experiências e conceitos foram compartilhadas na roda de conversa "Raça, racismo e saúde: a importância do letramento racial para o cuidado", mediada pela autora, promovida em 2 out. 2020, pelo programa emergencial de extensão "Pensar junto, fazer com: saúde mental em tempo de covid-19".

quais transcorre a vida de todos, fortemente marcadas pelos significantes da raça, mesmo quando não se percebe.

Nesse sentido, parte da tarefa aqui proposta é compreender essa e outras contradições referentes aos sistemas raciais: tão presentes, mas tão ocultados; tão mutáveis, mas tão insistentemente permanentes. A saúde não está à parte desse processo. Logo, é objetivo desse texto, ainda – e especialmente – compreender as particularidades dessa dinâmica nessa área, em que a dominação racial se confronta com anseios de cuidado na relação entre profissionais e as pessoas negras que assistem. Raça e racismo, nas suas contradições e mercurialidades, têm muito a nos ensinar. Compreendê-los é tarefa histórica e urgente de todo sujeito que se deseja antirracista. E não há outro propósito em discutir, evidenciar e, sobretudo, desvelar seus mecanismos que não a busca de seu fim. Para nós, profissionais da saúde, só existe uma escolha: combatê-los. Pois não há saúde possível sem que a percepção crítica da raça, o desvelamento do racismo e a ação dirigida contra esse sistema possam suplantar suas manifestações. A missão não é fácil, mas não estamos sós. Eis porque um ensaio-convite: para que sejamos muitos os que buscam um novo mundo em que a raça, e tudo que nela se apoia, não mais esteja ou exista. E para que comecemos hoje essa transformação.

Da raça e do racismo

Como estudante e pesquisadora do campo das relações raciais na saúde, tenho observado uma repetição curiosa, sistemática e insistente, que aponta uma enorme contradição. Em todos os espaços de diálogo e formação em que estive até hoje, sempre iniciei minhas falas ou intervenções com a seguinte pergunta: "o que é raça, você saberia dizer?" Entre as respostas mais frequentes, está "um é negro, outro branco", ao que respondo que esses termos se referem às classificações raciais. Outra bastante comum é "a pessoa vê uma pessoa negra e atravessa a rua", ao que digo que isso se trata de uma cena de discriminação racial. Há, também, os que arriscam dizer "os brancos ganham mais que negros", ou ainda "os negros estão em maioria nas cadeias, os brancos nas universidades", ao que replico que, nestes casos, fala-se de desigualdade racial, um aspecto do racismo – mas ainda não se definiu precisamente raça.

Todas as respostas tangenciam a raça, na medida em que tocam em temas, circunstâncias ou conceitos que dela decorrem ou dizem respeito a ela em alguma medida, direta ou indiretamente. Nenhuma, porém, responde com mais precisão aquilo que a raça designa: uma doutrina de divisão, desigualdade e hierarquia entre

os humanos. (GUIMARÃES, 2009; MUNANGA, 2003, 2008; TODOROV, 1993) A imprecisão ou confusão acontecem mesmo com pessoas afeitas ao debate racial ou que passaram por formações sobre a temática racial na saúde, (GONÇALVES, 2017) apontando que ela está presente nesse campo, porém, desacompanhada de uma discussão qualificada acerca da raça, dentro de uma matriz epistemológica que ofereça um modelo conceitual para fundamentar um debate crítico articulado a ações na saúde. (LAGUARDIA, 2004; LOPES, 2005; KABAD et al., 2012; MUNIZ, 2010;) Nesse sentido, medidas como a implementação do quesito raça-cor, vigente desde 1996, ou da Política de Saúde Integral da População Negra, em 2009, não foram suficientes para destituir o uso fantasmático dessa categoria na saúde: sempre referida, sem nunca ser mencionado o que a substancia – uma de suas maiores contradições. (GONÇALVES, 2017; MUNIZ, 2010) Começamos, então, definindo raça. De uma perspectiva socio-histórica – única em que o debate racial faz sentido, como categoria das ciências sociais e humanas – (GUIMARÃES, 2009; MUNANGA, 2003) raça é uma ideia social e historicamente elaborada, uma construção ideológica cujo cerne está na afirmação da existência de divisões e hierarquias entre os humanos. A raça é, primordialmente, a ideia de que os humanos se dividem em grandes grupos, fato que se verificaria por diferentes características externas que os distinguiriam.

Mas ela não se encerra nessa ideia, abarca também o conjunto de formulações, crenças, pensamentos, ideias e estereótipos relacionados ao conjunto aparente de características físicas desses sujeitos e grupos. Portanto, integra o pensamento racial a noção de que diferentes fenótipos observados nos humanos se relacionariam a tendências comportamentais. Assim, os traços externos aludem necessariamente a características e funções de ordem interna: uma certa qualidade de pensamento, traços psicológicos, tendências morais e civilizatórias. Nesse sentido, pertencer a uma raça – portar os sinais físicos socialmente identificados a um grupo racial – significa possuir certos atributos mentais e psicológicos, apresentar determinadas condutas e comportamentos que estão circunscritos a essa afiliação racial, ou seja, que remetem diretamente ao grupo racial a que supostamente se pertence e estão condicionadas.

Dessa maneira, conforme Todorov (1993) sintetiza, a raça se orienta pelas seguintes noções: 1) os humanos não são todos iguais e se dividem entre grandes grupos, que conformariam as raças; 2) o que define, demarca e diferencia esses grandes grupos é sua aparência, a expressão fenotípica, essencialmente a cor da pele, associada à origem; 3) existe uma extensão entre marcas externas e qualidades internas, já que a afiliação a um ou outro grupo racial definiria tendências e potencialidades

mentais, comportamentais, psicológicas e civilizatórias; 4) os grupos raciais estabelecem entre si uma relação vertical e assimétrica, de superioridade versus inferioridade; 5) o grupo e seus atributos preponderam sobre o individuo, se impõem e sobrepõem a ele.

Observamos a ideia de raça vigendo em nossa sociedade quando ouvimos alguém dizer que não frequenta restaurante chinês, pois "chineses são porcos", ou quando se comenta "Joana é negra, mas é muito bonita", como se a beleza fosse uma surpresa a quem pertence a esse grupo racial; ou ainda quando se diz "um japonês vai roubar sua vaga", pois eles são inteligentes e disciplinados. Ao observamos quando se conclui que os negros são delinquentes, por isso são maioria nas cadeias. A crença na ideia de raça aparece também na ideia de que os baianos são preguiçosos e os paulistanos trabalhadores; que mulheres negras são mais "quentes"; que a Europa é mais civilizada, já que lá existem museus e não se joga lixo no chão. Em todas essas asserções, existe uma cisão, uma diferenciação que funciona pela grupalização; o tratamento do grupo racial como homogêneo ("chineses – porcos", "japoneses – disciplinados", como se toda e cada pessoa daquele grupo fosse igual); a injunção da característica atribuída ao grupo sobre os indivíduos (preguiçosos, civilizados); e a extensão entre características externas e qualidades internas (de que maneira olhos puxados fariam uma pessoa mais inteligente ou a melanina se relacionaria à libido); além da imputação de significados negativos aos negros (e outros não brancos) e positivos aos brancos (negro – delinquente, branco – civilizado).

Desde meados do século XVI, houve um trabalho ativo e sistemático de construção de uma suposta identidade negra, ligada à origem africana, caracterizada pelo descontrole, baixeza, bestialidade, preguiça, agressividade, periculosidade, não-civilidade, a fim de instituir uma raça inferior, aproximada do animal. Simultânea e dialeticamente, em oposto, foi se forjando uma suposta identidade branca, vinculada à origem europeia, definida pela superioridade moral, civilizatória e estética, elevada a padrão a ser seguido, modelo universal de humanidade. (MUNANGA, 2010; SANTOS, 2005; STROTHER, 1999). Esse trabalho, além de se utilizar largamente de ferramentas ideológicas e imagéticas (MAZIE, 2001; STROTHER, 1999) operou, sobretudo, por meio de políticas, sendo o processo de colonização e a subjacente escravização de negros africanos os exemplos mais emblemáticos, sucedidos pelo racismo. (MOURA, 1994) É justamente sobre um conjunto de operações concretas e materiais no campo social e político que fazem a sociedade ganhar determinada forma, funcionalidade e característica que diz o racismo. O racismo, portanto, diz respeito à materialização da ideia de raça no campo social. Para além de uma ideologia de superioridade e inferioridade, trata-se de um sistema que

configura o conjunto das relações sociais, abarca todas as esferas da sociedade e seu funcionamento – desde o sistema econômico, passando pelas formas políticas, abrangendo o campo jurídico e as instituições. Trata-se de um sistema de hierarquização, que opera de forma a garantir acesso desigual a oportunidades e direitos para os diferentes grupos raciais, tendo a raça (e a racialização, ou seja, o mecanismo de atribuição racial) como dispositivo de criação e naturalização dessas desigualdades que produz. Mantém inquestionados, dessa forma, privilégios materiais e simbólicos aos brancos e subalternidade aos negros, como se fossem atributos naturais de cada grupo racial.

Por isso, muitos autores descrevem racismo como uma estrutura social de desigualdade entre brancos e não brancos, construída historicamente e ainda hoje mantida e atuada através de processos, dispositivos, atos e condutas discriminatórias sustentadas pela ideia de raça. Engloba, portanto, o aspecto cognitivo, mas conjuga a ele um conjunto elaborado e sistemático de práticas discriminatórias contra pessoas ou grupos racializados e, sobretudo, abarca a situação estrutural de desigualdade entre os grupos raciais. (GUIMARÃES, 2009) Embora as doutrinas racialistas do século XIX tenham afirmado e difundido que a raça seria uma condição biológica e natural dos grupos humanos – conclusão vinda do empréstimo dessa categoria, até então sob domínio das ciências naturais, como a botânica e zoologia, e da aplicação de seus métodos para pensar o homem, (MUNANGA, 2003) ela é uma relação social, que mais concerne aos sentidos sociais impressos a certas marcas biológicas para fins de exercício de poder. (GUIMARÃES, 2009) Para Winant (2001), a raça tem sido fundamental na cultura e política mundiais há quinhentos anos, expressando e estruturando, ainda hoje, a vida social nos seus diversos planos ao redor do globo; está evidenciada por toda parte, na distribuição dos recursos e poderes, nos desejos e temores; e vem modelando a economia, os Estados e todas as identidades e sistemas de significação existentes.

No Brasil, que foi frutífero e estratégico para o estudo, a verificação e a validação da ideia de raça, assim como para o desenvolvimento de noções de supremacia racial, (SCHWARCZ, 1993) não houve campo de saber, prático, institucional ou político que tenha se forjado à revelia das formações raciais, tanto pela força com que aqui incidiu o modo de produção escravagista, (MACHADO, 2005, 2010) como pela dimensão que o racismo ganhou após a abolição. (ALMEIDA, 2019; GUIMARÃES, 2009; HASENBALG, 2005; HODES, 2003; MOURA, 1977, 1994; THEODORO, 2008, 2013)Mas, nesse momento, definidos raça e racismo, assim como esboçados seus impactos no campo social, é pertinente indagar: de que forma estes conceitos dialogam com a saúde? Quais as interfaces entre esses campos?

Da saúde nas instituições e suas práticas

É destacada, na história brasileira, a relação íntima de interferência, influência e reciprocidade entre o campo da saúde e o da raça. Saúde pública e medicina, tais quais as disciplinas que a elas se conjugavam, foram áreas em que a distinção racialista de nossa história se acentuou. O processo de institucionalização do campo da saúde foi fundamental para a formação da República (HOCHMAN, 1993, 1998, 2005; SANTOS, 1985; SILVA, 2014) e, portanto, na constituição de séries de instituições, normas e práticas que configurariam um modelo de Estado, balizado pela raça, a ser reproduzido em outras esferas, como a educação e o direito, conferindo à nossa ordem republicana e suas instituições um certo ordenamento, certas formas e características, e não outras – inclusive, ou, especialmente, do ponto de vista racial. (HOCHMAN, 2005; LIMA, 2005; LIMA, HOCHMAN, 2000; LOPEZ, 2012; MAIO; RAMOS, 2010; MOTA, 2003; MOTA, MARINHO, 2013; SANTOS, 2004; SCHWARCZ, 1993) Schwarcz (1993) destaca o pioneirismo das faculdades de medicina (junto a museus e outros institutos), importantes receptáculos e também grandes reformuladoras e difusoras das teorias raciais, sendo que essas áreas receberam, abrigaram, gestaram e difundiram, de forma pioneira, as ideias sobre a superioridade e inferioridades dos grupos e raças humanas, centrais no debate sobre civilização, progresso, degenerescência e mestiçagem, (COSTA, 2004; LIMA, HOCHMAN, 2005; MAIO, SANTOS, 1996; MOTA, 2003, 2005; SANTOS, 2010; SCHWARCZ, 1993; STEPAN, 2005) tornando a saúde berço do pensamento racial no Brasil.

Esse aspecto, marcadamente racialista e racista da constituição do campo da saúde no Brasil, que vem sendo objeto de investigação da história da Saúde Pública, (CHALHOUB, 2017; LIMA, HOCHMAN, 1996, 2005; MOTA, 2003, 2005) é importante, sobretudo, porque essa história tem permanências na atualidade. Discutindo racismo institucional e saúde, Lopez (2012) reitera a persistência de hierarquias raciais e das práticas que as sustentam nesse campo. Logo, no momento presente, a saúde segue sob o domínio dos sistemas raciais. Aqui, são destacadas três dimensões indissociáveis nas quais se manifesta e se refaz essa influência constitutiva da raça e do racismo na saúde: a da produção de conhecimento, a das práticas e a dos arranjos institucionais.

Voltemos às rodas de conversa e espaços de formação para especificá-los. São frequentes e desinibidos os estranhamentos causados pela afirmação da raça como categoria social e a negação absoluta de que tenha qualquer relação ou lastro com a biologia. Os alunos da área da saúde – com destaque aos do curso de medicina

– relatam com frequência que são habitualmente instruídos nas salas de aula, laboratórios e outros espaços de formação a "aplicar mais força no bisturi quando a pessoa for negra, porque a musculatura é mais rígida". Ainda nesses espaços, relatou-se que já foram ensinados em uma aula prática "a identificar anemia falciforme, entre outros sinais, pela cor da palma da mão". A comparação, por sua vez, era feita entre negros com anemia (pacientes) e brancos sem a doença (alunos). Constatação semelhante foi evidenciada pela pesquisa que desenvolvi no mestrado, que deu origem a dissertação *Raça e saúde*: concepções, antíteses e antinomia na atenção básica (2017). Ela mostra que os profissionais de saúde partilham uma noção difusa e polissêmica de raça que não suplanta a concepção biológica. Ou seja, acreditam na raça como categoria biológica e se orientam por essa concepção: entendem que a saúde das pessoas negras – ainda que não exclusivamente – está, sim, relacionada a diferenças biológicas, "constitutivas", referentes ao tamanho das artérias, peso e densidade dos ossos, formação arterial e venosa, noções aprendidas, também e inclusive, em espaços formais de aprendizado em saúde, como a formação continuada e aulas de mestrado.

Os exemplos mostram não somente a vigência de um pensamento racial, pautado numa concepção biológica de raça, como a transmissão dessas premissas como discurso médico e, portanto, científico; como informação e conhecimento em saúde. Logo, demonstram a (re)produção ativa de conhecimentos racialistas e racistas na formação nesse campo.

A pesquisa *Nascer no Brasil*: pesquisa nacional sobre parto e nascimento, desenvolvida por Leal e Gama (2014), desvela de forma precisa a articulação entre essa produção "científica" e os processos de discriminação: as ideias de que as mulheres negras têm "quadris mais largos" e "são mais fortes" – premissas racialistas – (STROTHER, 1999) orientam que recebam menos assistência e analgesia no parto. Essas práticas discriminatórias se vinculam, portanto, a crenças racistas que atribuem uma particularidade diferencial biológica e natural às mulheres negras, e justificam um tratamento diferenciado, inferior.

Assim nos dirigimos à dimensão das práticas, que se refere à manifestação da dinâmica das relações raciais no espaço intersubjetivo entre profissional de saúde e usuário do serviço. Embora a produção acadêmica científica sobre os mecanismos e artifícios através dos quais operam e se efetivam condutas discriminatórias na saúde ainda seja pequena, (BAUMGARTEN et al., 2015) algumas pesquisas têm dado pistas, caminhando ao encontro desta demanda no campo. Cito novamente os dados da dissertação que desenvolvi: (GONÇALVES, 2017) ela desvela alguns mecanismos através dos quais as práticas discriminatórias acontecem, sempre articuladas a outras dimensões, e expõe como os profissionais de saúde são agentes importantes,

catalisadores potenciais e potentes dos processos de racismo institucional. Isso se dá através de ações e condutas discriminatórias que, por parâmetros raciais, elegem os brancos às melhores ofertas de saúde e relega os negros por meio da omissão, negligência ou recusa. Outro modo é o preterimento, que particularmente permite constatar como esses polos – preeminência aos brancos, preterimento dos negros – transcorrem de forma dinâmica, contraditória, complementar, dialética e simultânea, um em função do outro.

São exemplos, relatados na pesquisa, a história de um jovem negro de 23 anos que se suicidou cinco anos depois de ter pedido ajuda e percorrido diferentes serviços da rede de saúde, sem ser acolhido por nenhum deles; e a de um homem branco de meia idade, em situação de rua, que estava em recuperação de uma cirurgia de hérnia cinco meses depois de ser acolhido pela equipe. Atente-se que: a fila para a operação de hérnia é de dois anos e a população de rua é 80% negra. Dessa forma, o trabalho evidencia situações em que o adoecimento na população negra se produz pelo "cuidado" oferecido no serviço de saúde, de forma excludente e/ou racista, ou, de forma análoga, pela inoperância de qualquer cuidado.

Esses dados confirmam a tese de Hasenbalg (2005), marco nos estudos das relações raciais por definir a discriminação como a explicação mais sólida para as desigualdades raciais brasileiras. Ele demonstra como o racismo faz com que a condição estrutural de desigualdade racial se conserve e se reproduza ativamente nos dias atuais, como confirmam Barros e colaboradores (2000), Guimarães (2009), Henriques (2001), Hodes (2003), Paixão e colaboradores (2010), Schucman (2014), Telles (2003, 2010, 2014), Theodoro (2008, 2013) e Winant (2001). E esse processo se verifica também na saúde, campo em que algumas dessas desigualdades se produzem exatamente no âmbito da assistência e do cuidado. (GONÇALVES, 2017; KALCKMANN et al., 2007)Junto a essas dimensões, "cognitiva e comportamental", está a institucional. Ela diz respeito aos arranjos, normas e regras que regem os hospitais, unidades básicas, ambulatórios, laboratórios e demais estabelecimentos que prestam serviços na saúde. Essa dimensão do racismo nem sempre é evidente ou ocorre mediante um discurso explícito e aparente sobre raça. Sobre isso, Silva e colaboradores descrevem que o racismo institucional:

> [...] não se expressa em atos manifestos, explícitos ou declarados de discriminação [...]. Ao contrário, atua de forma difusa no funcionamento cotidiano de instituições e organizações, que operam de forma diferenciada na distribuição de serviços, benefícios e oportunidades aos diferentes segmentos da população do ponto de vista racial. (SILVA et al, 2009 apud LOPEZ, 2012, p. 127)

Werneck (2013) descreve o racismo institucional como o modo através do qual o direito e a democracia se subordinam à ordem racial. Para ela, trata-se "da forma estratégica como o racismo garante a apropriação dos resultados positivos da produção de riquezas pelos segmentos raciais privilegiados na sociedade". (WERNECK, 2013, p. 17) Portanto, o racismo institucional sempre coloca pessoas ou grupos raciais discriminados em desvantagem no acesso aos bens socialmente produzidos. Gomes (2000) afirma ainda que esta modalidade de discriminação ocorre de forma a dissimular o racismo por meio de um conjunto de práticas e procedimentos cotidianos, aparentemente corriqueiros, legalmente protegidos e burocraticamente sancionados.

Como trabalhadora em uma unidade básica de saúde, pude observar essa constatação quando não conseguia atender parcela significativa de mulheres do bairro – em sua maioria negras, que trabalhavam autonomamente como faxineiras – que não tinham a possibilidade de comparecer à unidade ou levar seus filhos porque o horário de atendimento da instituição coincidia com o de trabalho. Ou seja, embora a instituição não proíba ninguém de usufruir dos serviços nela prestados e não haja um impedimento explícito dirigido a nenhuma pessoa ou grupo por características raciais ou quaisquer outras, existe uma barreira invisível que se coloca por uma determinação de funcionamento (horário, localização, exigências burocráticas) e atinge insidiosamente certos segmentos.

No caso do racismo institucional, a discriminação opera por essas normas que, apesar de aparentemente neutras, naturais, necessárias e isentas de critérios, regulam o funcionamento institucional a partir de um corte de exclusão. A pandemia nos deu um exemplo cabal disso quando foram instalados hospitais de campanha nos bairros mais centrais na cidade de São Paulo – um deles, no bairro do Pacaembu, conhecido pelas mansões de centenas de metros quadrados. Nenhum bairro periférico, das zonas mais afastadas, foi contemplado com uma unidade, embora essas fossem as regiões onde a incidência e letalidade da doença eram maiores – não coincidentemente, os bairros com a maior concentração e porcentagem de população negra na cidade. (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA, 2020; GOES, 2020; LIMA et al., 2020) Essa escolha burocrática da disposição territorial dos serviços, ainda que não tenha uma orientação racial explícita, incide sobre isso, pois tem efeitos distintos – e discriminatórios – sobre os diferentes grupos raciais.

Outro exemplo em relação a escolhas programáticas no enfrentamento à pandemia de covid-19 foi a desconsideração ou imprevidência de ações estratégicas – necessárias ao cumprimento dos princípios de universalidade e equidade que orientam o SUS – nos espaços em que a população negra está massivamente representada: as comunidades remanescentes de quilombos, as prisões e as ruas

(SANTOS et al., 2020), grupos não priorizados que só entraram na agenda vacinal mediante forte denúncia e mobilização da sociedade civil.

Esse escudo burocrático sob o qual o racismo simultaneamente se esconde e se revela aparece na pesquisa citada (GONÇALVES, 2017) através de falas como "o caso é ambulatorial", ou embates entre "o caso é de transtorno mental" versus "o caso é de adição", e até mesmo "não posso ferir a autonomia do paciente", apresentadas pelos profissionais como justificativa em situações de omissão, quando nenhuma conduta foi tomada com usuários negros nos serviços de saúde, de modo que ficassem desassistidos.

Desse modo, evidencia-se um espectro de como a saúde é afetada pelos sistemas raciais e como ela participa na manutenção desse aparelho através do conhecimento que produz, a partir do cuidado que oferta, assim como por meio das escolhas políticas no campo. São aspectos que, conjugados, dispõem ofertas e possibilidades diferenciadas de acesso a serviços e cuidados para pessoas negras e brancas, reproduzindo velhas e criando novas hierarquias raciais, mecanismo através do qual a situação de desvantagem e desigualdade permanece.

Da saúde na constituição dos sujeitos

O debatido até o momento poderia dar a impressão de que o enfrentamento do racismo, ao menos na saúde, envolveria 1) mudar, reverter, transpor ou desconstruir concepções racialistas, ou seja, "ensinar" o que é raça do ponto de vista formal, demovendo crenças racistas; assim como 2) alterar arranjos institucionais que "involuntária" ou mecanicamente excluem as populações negras; e 3) reverter ou modificar práticas institucionais discriminatórias – que, ocasionalmente, desapareceriam adotando-se as premissas anteriores. Lembremos, porém, que enfrentar os sistemas raciais a partir do desmonte dos seus fundamentos retóricos não tem sido suficiente para alterar esse quadro. (TAGUIEFF, 2001) As muitas produções no campo – abrangendo pesquisas, estratégias de educação permanente e própria implementação de uma política específica para a população negra – embora denunciem esta realidade, têm mostrado pouco impacto na sua reversão. (BATISTA; BARROS, 2016; GONÇALVES, 2017) Possivelmente, dentre outros motivos, porque existe uma esfera da saúde das pessoas negras – ou da interlocução entre relações raciais e saúde – que extrapola esse campo. Para alcançar essa esfera, serão abordados o processo de constituição do gênero humano e o conceito de saúde em que este ensaio se apoia.

O ser humano é um gênero gregário, que se constitui a partir de processos de socialização. Isso quer dizer que, como era esperado para uma espécie que apresenta tamanha vulnerabilidade e dependência ao nascer, dependemos do grupo para sobreviver e nos desenvolvermos. (VYGOTSKY, 1989) É justamente na relação com os pares, por intermédio do grupo e do trabalho empreendido para a satisfação de suas necessidades, que se assegura para cada pessoa humana a aquisição de uma forma de comunicação mediada pela linguagem, e se desenvolve certa qualidade de pensamento e ação que é própria do homem e nos distingue de outros animais. (DUARTE, 2004; MARX, ENGELS, 2007) Embora todos tenhamos como potência essa possibilidade de aprender a fazer coisas, adquirir e dominar habilidades fundamentalmente humanas, isso só vai acontecer diante da inserção concreta do sujeito na sociedade, ou seja, na cultura – processo que vai determinar a apropriação dos bens materiais e simbólicos produzidos e acumulados por mulheres e homens ao longo da história da humanidade. Tudo que um ser humano faz e como vive, desde andar em pé, manejar talheres, assim como cozinhar, esculpir um objeto de arte, construir uma casa, fazer cálculos matemáticos, ler e escrever, andar de ônibus, tocar um instrumento musical, até reconhecer Chopin tocando no rádio ou o Taj Mahal por uma imagem, gostar de cinema, jogar futebol, basquete ou xadrez, assistir à aurora boreal ou compreender a língua de sinais, envolve os processos de aprendizagem ou aculturação. Ou seja, se dá através da transmissão e apropriação dos signos e objetos dispostos na cultura.

Embora essas possibilidades sejam comuns a todos os humanos, somente alguns de nós tocam piano, falam mandarim ou conhecem o Taj Mahal, sobretudo pessoalmente. As diferentes circunstâncias dadas para cada grupo e sujeito social fazem que todos tenhamos aquisições diferentes, faz com que nem todos acessem tudo o que existe no mundo: há pessoas no mundo que conhecem os cinco continentes, igualmente existem nativos de São Paulo que nunca visitaram o MASP, Museu de Artes de São Paulo – passeio corriqueiro em certos circuitos paulistanos. Logo, é a experiência concreta, que depende também do modo como nossa sociedade está organizada, que norteia a formação dos indivíduos.

É exatamente neste ponto que se dá a intersecção com a saúde. Nascer no norte ou sul do globo, assim como no norte ou sul do Brasil, media diferentes inserções no campo social e formas de ser no mundo, assim como, por conseguinte, figurações corporais distintas. Decorridos oitenta anos de vida, são esperadas diferentes conformações corporais para um lavrador, que trabalhou, por décadas, dez horas diárias fazendo esforços físicos sob o sol; e um deputado, que trabalha quatro horas por dia, três vezes por semana, e se aposenta em oito anos. Ser rico ou pobre, homem

ou mulher, determina diferentes ingressos na sociedade, logo, determina diferentes corporificações, na medida em que possibilita trabalhar mais ou menos, comer melhor ou pior, dormir mais ou menos horas, fazer mais ou menos serviços domésticos, morar mais perto ou mais longe do trabalho, realizar ou não atividade física. Esse processo, que é o próprio processo de viver e estar no mundo, e configura um corpo psíquico na medida em que estabelece gostos, preferências, rejeições, possibilidades e limites existenciais, configura também o corpo físico. Diferentes processos figurativos acontecem também para pessoas negras e brancas numa sociedade forjada sob a dominação racial. A saúde, portanto, se estabelece a partir das possibilidades materiais de acesso a cultura, que envolve desde bens materiais básicos, como abrigo, saneamento e alimentação de qualidade, aos simbólicos, como apreciar Guimarães Rosa ou quadrinhos de gibi.

Apoiada nesses conceitos e raciocínios, defino saúde como a corporificação do conjunto das condições materiais de vida a que um grupo ou sujeito está submetido. Portanto, a saúde aqui está concebida como a manifestação corporal do conjunto das condições sociais de existência dos sujeitos: trata-se da configuração corporal, ou do arranjo figurativo, resultante da inscrição das condições sociais nos corpos individuais e coletivos. Essa perspectiva em saúde é bem elucidada pelo conceito de incorporação ou corporificação, que vem sendo desenvolvido por Krieger (2005) no campo da epidemiologia, assim como por outros atores do campo das ciências sociais na saúde, (TAVARES, 2016) tal qual dialoga com o modelo de determinação social do processo de saúde-doença desenvolvido por Breilh (2006). Portanto, saúde está aqui refletida como um processo social, dinâmico, forjado nas relações sociais – como tudo que é da ordem do humano. (VYGOTSKY, 1999) E a partir desse entendimento de saúde, como categoria radicalmente social, compreendê-la exige considerar seus engendramentos com os sistemas raciais. A saúde como síntese corporificada do intercruzamento das múltiplas dimensões sociais em que o sujeito está colocado – e que o constituem de maneira mais ou menos permanente ou transitória – se evidencia pela contiguidade nas desigualdades entre brancos e negros na sociedade e na saúde. Sobre isso: na área do trabalho, os negros ocupam os postos de trabalho mais precários e mais mal renumerados (a exemplo da agropecuária, construção e serviço doméstico); são maioria no trabalho informal, somando 66,3% contra 32,5% de brancos; ademais, recebem pior remuneração ou salários mesmo desempenhando as mesmas funções e tendo o mesmo tempo de estudo ou nível de escolaridade, de modo que o rendimento médio domiciliar salta de R$2.867,61 quando o chefe é negro para R$ 7.095,95 quando é branco. (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2019b) Em 2018, brancos ganhavam

73,9% mais que pretos ou pardos. São as mulheres negras também que compõem o grupo majoritário de chefes de famílias vivendo abaixo da linha da pobreza, totalizando 63% contra 39,6% de brancas na mesma condição. (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2019b) É também entre os negros que se observam as maiores taxas de analfabetismo, sempre expressivamente maior em comparação aos brancos, (INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA, 2011) diferença que chega a três vezes no grupo etário de pessoas com 60 anos ou mais; (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2019b) e os maiores índices de evasão escolar, onde os pretos e pardos representam 71,7% dos casos de abandono do ensino somando-se todas as etapas da educação básica. Os negros têm as piores condições de moradia, sendo as casas chefiadas por mulheres negras as menos abastecidas por saneamento básico – 61,8% contra 78,4% dos lares chefiados por mulheres brancas. (INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA, 2011; SANTOS, 2013) São ainda maioria nos bairros mais afastados das cidades, ocupando favelas e periferias dos grandes centros urbanos, onde prevalecem a precariedade da moradia e a ausência de infraestrutura e serviços públicos e coletivos adequados, como pavimentação, atendimento de água e energia elétrica. Além disso, nessas regiões, os aparatos de lazer e cultura são escassos e os índices de violência maiores, existindo uma correspondência evidente entre raça/cor e nível de bem-estar urbano, com vantagem para a população branca. (BRASIL, 2019) Consequentemente, também compõem o segmento mais afetado por problema de deslocamento e transporte público devido às grandes distâncias que separam moradia e trabalho. (FRANÇA, 2015; INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E PESQUISA, 2000, 2010, 2019a; INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA, 2011; MARQUES, 2010; RIBEIRO, 2016; SÃO PAULO, 2015) Negros constituem a maioria da população carcerária, objeto preferencial da seletividade e punitivismo penal. (ALVES, 2015) Essa mesma população está sub-representada na política institucional e em outros espaços decisórios de poder do Estado. (HASENBAL, SILVA, 1993) Essas condições sociais reverberam na saúde, onde essas desvantagens sistemáticas se reproduzem e se repetem, o que é expresso pela ocupação insistente da população negra entre piores índices e indicadores na área. Portanto, comer mal, morar longe, trabalhar mais tempo, em arranjos informais e mais precários, ter menos acesso a educação e direitos, estar constantemente submetido a situações de violência urbana e institucional certamente têm efeitos sobre a vida, o corpo e, portanto, a saúde das pessoas e grupos. Por conseguinte, a saúde das pessoas negras está também relacionada a uma ordem social racista, às condições experimentadas nos outros setores da vida que não a saúde.

A congruência entre os dados fora e dentro da saúde atesta a materialidade da determinação social do processo de saúde-doença (BREILH, 2006; LAURELL, 1976) e os modos como processos sociais se inscrevem no corpo dos sujeitos, condicionando processos biológicos – que, por esta perspectiva, não podem ser considerados dissociados ou autônomos dos sociais. Contrariando parte significativa da produção no campo – inclusive aquela comprometida com o antirracismo –, protesto que a situação de saúde da população negra não encontra lastro e nenhuma explicação na biologia, na genética ou em particularidades constitutivas, mas na resultante da articulação do racismo nestes muitos domínios, como o da educação, do direito, do trabalho, da política etc.

Logo, o racismo impacta a saúde das pessoas negras frente à articulação de dois aspectos ou eixos da discriminação racial: aquele circunscrito ao campo da saúde, que concerne à soma das produções e práticas neste campo que excluem as populações negras; e um outro "constitucional", referente ao conjunto de condições sociais desfavoráveis em que essas populações negras se encontram e os efeitos disso sobre seus corpos, o qual extrapola o campo da saúde. Dessa maneira, conjugam-se mecanismos estruturais (que dizem respeito à produção social da vida) e institucionais (que se referem às normas que regem o funcionamento das instituições), como eixos articulados na produção e reprodução do racismo na saúde e desse quadro alarmante para as populações negras.

Da saúde dos dados e evidências

Hoje, é possível afirmar seguramente que o racismo tem impactos negativos severos sobre a saúde das pessoas e populações negras. (BATISTA, WERNECK, LOPES, 2012; LOPES, 2004, 2005; WILLIAM, 2012) Uma pesquisa importante na denúncia das desigualdades produzidas e dos processos de discriminação racial ativamente vigentes na saúde é *Desigualdade de transplantes de órgãos no Brasil*: análise do perfil dos receptores por sexo e raça ou cor. (INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA, 2011) Nela se explicita que os beneficiários de transplante cardíaco no país são majoritariamente brancos, em oposição ao público que mais tem problemas coronário-cardíacos e circulatórios, e mais demanda essa medida: os negros. Essa supremacia branca – e masculina – se estende na recepção de órgãos e transplantes de fígado, pâncreas, pulmão e rim. (INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA, 2011) O quadro é reforçado pelo *Relatório saúde Brasil 2018*, do Ministério da Saúde, (BRASIL, 2019) que aponta uma discrepância entre a

demanda e o tratamento da doença renal crônica no país: embora o quadro seja mais prevalente na população negra, o tratamento é realizado predominantemente por pessoas brancas. A pesquisa desenvolvida por Barros e colaboradores (2014) expõe que a população negra está suprarrepresentada nos hospitais psiquiátricos e que, mesmo diante de diagnósticos semelhantes e/ou quadros menos agravados, segue na experiência de privação por mais tempo em comparação aos brancos, que ocupam prioritariamente os serviços substitutivos de atenção à saúde mental.

Embora os resultados dessas pesquisas anteriormente mencionadas não permitam inferir diretamente que dimensões do racismo estão implicadas, evidenciam sua ocorrência. Ao redor do mundo, grupos racializados apresentam piores condições de saúde, evidenciadas no surgimento precoce de doenças, maior gravidade e pior progressão de quadros de saúde, maiores índices de morbidade e altas taxas de comorbidade, alta incapacitação ao longo da vida e taxas de mortalidade maiores e mais precoces. (KRIEGER, 2005; WILLIAMS, 2012)Embora menos desenvolvida e explorada no Brasil, (BAUMGARTEN et al, 2015; CHOR, 2005; LIMA, FONSECA, HOCHMAN, 2005; WILLIAM, 2012) é notória e incontestável a produção que evidencia as condições de saúde das populações negras em nossos territórios, tão precárias que mais verossímil seria descrever como condição de doença. Evidências empíricas de desigualdades e iniquidades são observadas em nosso país desde o nascimento até a morte, passando pelos diversos eventos vitais entre eles. (BARBOSA, 1998; BATISTA, 2014; BATISTA, WERNECK, LOPES, 2012; BRASIL, 2017; LEAL, GAMA, 2014; LOPES, 2004, 2005; PAIXÃO, 2010; SILVA et al., 2019) Nos relatórios Saúde Brasil, (BRASIL, 2018, 2019) afirma-se que índices de violência e mortalidade são mais expressivos na população negra. Notificações de violência e óbito por agressão foram superiores em mulheres negras e, no período de 2005 a 2015, observou-se uma redução de 7,4% na mortalidade por agressão em mulheres brancas contra um aumento de 22% nas não brancas. Encontramos, ainda, que mulheres brancas tiveram maior acesso a pré-natal adequado, sendo o índice de adequação aproximadamente 15% maior em mulheres brancas no ano de 2015: 79,5% contra 64,8% nas mulheres negras.

A incidência de hipertensão, diabetes, doenças renais e cardíacas, câncer de colo de útero, câncer de próstata, glaucoma, desnutrição, verminoses, gastroenterites, HIV/Aids tuberculose e outras doenças infecciosas potencialmente curáveis é maior entre os negros. (BRASIL, 2015, 2017, 2018a, 2018b) Alcoolismo e outros transtornos mentais (SNOLEN; ARAÚJO, 2017) também são mais prevalentes entre os negros, assim como o suicídio, especialmente entre os jovens. (BRASIL, 2018a; FERNANDES, LIMA, BARROS, 2020) Analisando a situação de saúde segundo o perfil de

mortalidade nos estados, piores índices concentram-se nos estados do norte e nordeste, regiões de maior concentração percentual de população preta e parda. (INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA, 2014) Esses dados atestam o que está bastante fundamentado no trabalho de Batista e colaboradores (2012) e confirmam as evidências publicadas no Boletim Epidemiológico da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde, (BRASIL, 2015) que analisou indicadores de vigilância em saúde pela desagregação da variável raça/cor entre 2000 a 2012 e 2013: o perfil de morbidade e mortalidade da população negra é quase sempre pior e segue pouco alterado ao longo dos anos, ainda que as principais causas sejam evitáveis. (BRASIL, 2015) Diante do conjunto desta produção, que confirma os efeitos deletérios do racismo sobre a saúde, é premente perguntar: o que cabe aos profissionais da saúde neste cenário?

Da saúde da transformação

Para caminharmos à conclusão, resgato o início deste texto e recordo: trata-se de um ensaio-convocação. Mas ainda é preciso definir: a que esses que leem, em especial os profissionais de saúde, estão sendo convocados? Estamos todos convocados a executar nossa práxis com ética e orientados pelos princípios do SUS.

A saúde é reconhecida em nossa carta constitucional como direito fundamental de todo cidadão, sendo o Estado responsável por prover sua seguridade mediante a consecução de políticas que permitam o acesso a esse bem por *todos*. Para Moura (2013), o fato de haver um capítulo na Constituição próprio e exclusivo para a saúde mostra o status especial que este bem ganhou na nossa sociedade, tendo recebido status e proteção diferenciada no aspecto jurídico-constitucional. À revelia dessa proteção constitucional diferencial, que demarca também a lei orgânica da saúde ou mesmo a política nacional de saúde integral da população negra, a raça segue operando como barreira ao acesso e dificultando o exercício pleno do direito à saúde pela população negra. (BRASIL, 2015) Eis a convocação e seu porquê: abordar a raça, o que é uma necessidade, pois ainda é preciso lidar com os efeitos materiais, concretos e simbólicos que ela produz. Seus desdobramentos, nessa dimensão social que ela mesma conjuga e da qual emerge, são reais e demonstram que segue altamente eficaz: diferenciando sujeitos, (re) produzindo e justificando desigualdades, reforçando estereótipos e privilégios. (GUIMARÃES, 2009) Nesse sentido, todos os que estão no campo da saúde – gestores, pensadores, pesquisadores e trabalhadores, assim como sociedade civil – devem atribuir para si responsabilidades pela

manutenção desse sistema, ainda que pela omissão no combate ao racismo, que faz reproduzir e criar novas hierarquias raciais e não enfrenta a disposição e a oferta diferenciadas de serviços e cuidados para as pessoas negras e brancas. É diante dessa assunção também que deve advir a tarefa de atuar crítica e contundentemente para seu fim. Logo, tanto mais importante do que se posicionar como sujeito histórico diante desse quadro, é comprometer-se sujeito da transformação dele.

Duas questões devem estar inteiramente explicitadas: 1) como os fatos evidenciam, não é possível ter saúde, em termos populacionais, com racismo. 2) Não existe a possibilidade de se isentar da raça; ignorá-la ou não falar dela são apenas formas de negar algo que já está posto e fomentar que se perpetue. (SILVA, 2012) Não é uma escolha possível ser indiferente ou neutro diante das questões raciais em um mundo determinado pela raça e organizado sobre os sistemas raciais: raça e racismo estão presentes e vigentes. No máximo, pode-se escolher reproduzir de forma acrítica aquilo que os sistemas raciais determinam. Posto isso, a escolha que cabe é posicionar-se diante das questões raciais e, marcadamente, do racismo de forma acrítica ou crítica.

Taguieff (2001) nos alerta que o enfrentamento dessa condição não é fácil e tem sido pouco sucedido no mundo contemporâneo. Mais especificamente no campo da saúde, Batista e Barros (2016) relatam que a implementação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra como mecanismo antirracista tem sido morosa e insuficiente. A pergunta mais difícil de responder é aquela cuja resposta mais interessa: de que formas é possível combater esta condição? Debatem-se a seguir algumas diretrizes sobre as quais podemos fundamentar uma postura, dirigir intervenções antirracistas na saúde. Não são medidas concretas, mas sim princípios a partir dos quais organizar as ações. Ainda que não deem respostas – o que nem seria possível, já que essas precisam ser construídas na processualidade e concretude de cada contexto particular, (PASQUALINI, MARTINS, 2015; TAGUIEFF, 2001) fomentam o enfrentamento do racismo em sua dimensão universal. Eis os princípios:

- É necessário entender e compreender o que é raça, racismo, racialização, branquitude e os mecanismos através dos quais essas engrenagens que integram os sistemas raciais operam. É necessário desenvolver o que Schucman (2014), apoiada em France Winddance Twine (2010), nomeia "letramento racial": ter um repertório e um vocabulário que permitam falar sobre racismo abertamente, sem receios. É preciso estar sensível aos sistemas raciais. Sensibilizar-se, sob este ângulo, não tem a ver exclusivamente com uma preocupação afetiva ou sentimental, mas trata-se de trabalho também cognitivo, que demanda um repertório objetivo e simbólico que permita

decodificar, decifrar e ler as manifestações da raça e do racismo, que possibilite detectar a dinâmica e os mecanismos raciais e intervir sobre eles.

- É imperativo perguntar a raça-cor dos pacientes, além de incluir essa categoria na análise dos dados. Para além da obrigatoriedade (BRASIL, 1999), na relação profissional de saúde-usuário ela é uma medida importante e potente de abertura ao diálogo, à reflexão e à conscientização mútua acerca dos processos de racialização, racismo e branquitude. (GONÇALVES, 2017) Considerar essa categoria nas análises, por sua vez, ajuda a programar e delinear ações estratégicas para o aprimoramento da saúde das pessoas e comunidades.
- Conhecer, reconhecer e aplicar a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra é uma tentativa de amenizar e corrigir essas desigualdades social e historicamente produzidas. (BATISTA, WERNECK, LOPES, 2012) Além de reconhecer o racismo, considera que ele afeta prejudicialmente a saúde das pessoas negras e ainda formaliza uma série de medidas e ações estratégicas no campo da saúde para o enfrentamento dessa condição. (BRASIL, 2013) É imprescindível criar parcerias. É urgente dialogar de forma permanente com outras instituições e setores. Propor-se a um movimento contra-hegemônico pode ser difícil, frustrante e, por isso, desgastante. Ademais, movimentos institucionais pedem articulação coletiva. Logo, é preciso e fundamental criar parcerias com outros profissionais, de outras áreas, parcerias com outras instituições de saúde, assim como fora da saúde, nos territórios e, sobretudo, entre a população assistida. Fazer parcerias atende não somente a um princípio do SUS ou de sobrevivência, mas especialmente ao fato de que nenhuma transformação social é possível sem a união de diversos atores sociais.
- É imperativo incluir os maiores implicados neste projeto: as pessoas negras devem estar presentes e atuar nele de forma ativa. Primeiro, porque somam aproximadamente 80% do total de usuários do sistema – percentagem que aumenta ao considerarmos a população que depende exclusivamente dele para obter acesso à assistência em saúde. (BRASIL, 2005, 2015) Segundo, porque o SUS é um projeto político orientado pela participação social – mais que uma formalidade burocrática, é uma aposta de que a participação da população civil é fundamental ao seu aprimoramento. Terceiro, porque os negros sempre estiveram ativamente implicados nos processos de superação de sua condição de opressão. (CHALHOUB; SILVA, 2009;

MACHADO, 2005) Nenhum projeto para a comunidade é possível sem que ela esteja implicada; convocar a participar dos conselhos de saúde, da gestão das unidades, conferências e outros dispositivos é indispensável para o avanço na questão.

- Se o racismo se concretiza pelo conjunto das condições sociais, devemos entender que uma atividade antirracista, como conjunto das ações para este fim, não é possível restringindo-se à área da saúde. É imperativo lutar por uma nova política de emprego, por equidade salarial, por educação pública, gratuita e de qualidade, pela garantia das leis trabalhistas, pela distribuição equânime e não regressiva de impostos, pela reforma agrária, enfim, por uma nova organização social.
- É preciso ter paciência, considerar aquilo que os psicólogos sociais chamam de "paciência histórica" (NOVO, FREITAS, 2007), porque os sistemas raciais vêm sendo construídos e (re)elaborados há cinco séculos. A tarefa de combatê-los envolve esforços transgeracionais e supranacionais. Embora os produtos dessa ação não possam ser imediatamente apercebidos, é fundamental ter no horizonte histórico que eles não virão sem ela. A paciência é ainda mais necessária diante da compreensão que a manutenção do racismo atende a interesses hegemônicos.

Como perspectiva política, o presente ensaio se alinha à definição e defesa de Batista, Werneck e Lopes (2012) sobre a saúde da população negra: um campo de produção de conhecimentos, saberes, práticas, atitudes e estratégias construído a partir da compreensão dos impactos do racismo sobre a saúde e do reconhecimento da necessidade de intervir sobre isso, enfrentar, confrontar e superar essa condição, em direção à construção de uma sociedade menos desigual, menos injusta, e efetivamente democrática. Ou seja: temos em mãos a tarefa de absorver velhos conceitos, com a única pretensão de construir um novo mundo. (SAWAIA, 2014) Este trabalho, portanto, não tem propósitos senão de fazer refletir e afetar impetuosamente aqueles que com ele tiverem contato, causando rupturas nos referenciais cognitivos, epistemológicos e, sobretudo, políticos que os orientam – em especial aos que estão no campo da saúde. Coloca-se como atalho para fomentar o que for necessário à instauração de novos pensares, novos dizeres, novos discursos, de outras práticas, outras práxis, outros cuidados; à instauração de uma nova ordem, de um novo mundo, em que a raça não mais seja ou esteja. Estejamos todos convocados.

Referências

ALMEIDA, S. L. *Racismo estrutural*. São Paulo: Pólen Livros, 2019.

ALVES, E. A. *Rés negras, judiciário branco:* uma análise da interseccionalidade de gênero e classe na produção da punição em uma prisão paulistana. 2015. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2015.

ANTUNES, J. L. F. Desigualdades em saúde: entrevista com Nancy Krieger. *Tempo Social*, São Paulo, v. 27, n. 1, p. 177-194, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-20702015000100177&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 26 jul. 2021.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA. *A população negra e o direito à saúde:* risco de negros morrerem por covid-19 é 62% maior se comparado aos brancos. Rio de Janeiro: Abrasco, 2020. Disponível em: https://www.abrasco.org.br/site/noticias/especial-coronavirus/a-populacao-negra-e-o-direito-a-saude-risco-de-negros-morrerem-por-covid-19-e-62-maior-se-comparado-aos-brancos/47741/. Acesso em: 26 jul. 2021.

BARBOSA, M. I. S. *Racismo e saúde*. 1998. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1998.

BARBOSA, W. N. A discriminação do negro como fato estruturador do poder. *Sankofa*, São Paulo, v. 2, n. 3, p. 71-103, 2009.

BARROS, R. P.; HENRIQUES, R.; MENDONÇA, R. Desigualdade e pobreza no Brasil: retrato de uma estabilidade inaceitável. *Revista Brasileira de Ciências*, São Paulo, v. 15, n. 42, 2000.

BARROS, S. *et al.* Censo psicossocial dos moradores em hospitais psiquiátricos do estado de São Paulo: um olhar sob a perspectiva racial. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 23, n. 4, p. 1235-1247, 2014.

BASTOS, J. L. FAERSTEIN, E. (org.). *Discriminação e saúde:* perspectivas e métodos. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.

BATISTA, L. E.; ESCUDER, M. M. L.; PEREIRA, J. C. R. A cor da morte: causas de óbito segundo características de raça no Estado de São Paulo, 1999 a 2001. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 38, n. 5, p. 630-636, 2004.

BATISTA, L. E.; MONTEIRO, R. B. Política de saúde da população negra no Estado de São Paulo: focalizando para promover a universalização do direito à saúde? *BIS:* Boletim do Instituto de Saúde, São Paulo, v. 12, n. 2, 2010. Disponível em: http://periodicos.ses.

sp.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-18122010000200012&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 26 jul. 2021.

BATISTA, L. E.; WERNECK, J.; LOPES, F. (org.). *Saúde da população negra*. 2. ed. Brasília, DF: ABPN, 2012.

BATISTA, L. E. Saúde da população negra: os males da desigualdade. *Radis*, Rio de Janeiro, n. 142, p. 15, 2014.

BATISTA, L. E.; BARROS, S. Enfrentando o racismo nos serviços de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 33, n. 13, 2016. Disponível em: http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/artigo/81/enfrentando-o-racismo-nos-servicos-de-saude. Acesso em: 26 jul. 2021.

BAUMGARTEN, A. *et al*. Experiências de discriminação relacionadas aos serviços de saúde: análise exploratória em duas capitais do Sul do Brasil. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, Brasília, DF, v. 24, n. 3, p. 353-362, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Saúde Brasil 2005*: uma análise da situação de saúde no Brasil. Brasília, DF: MS, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Boletim Epidemiológico Especial 16* – COE covid-19 – SE 21. Brasília, DF: MS, 18 maio 2020a.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Boletim epidemiológico HIV/AIDS*. Brasília, DF: MS, 2018a.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Boletim epidemiológico da secretaria de vigilância*. Brasília, DF: MS, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Óbitos por suicídio entre adolescentes e jovens negros 2012 a 2016: observatório de saúde de populações em vulnerabilidade. Brasília, DF: MS, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política de saúde integral da população negra*: uma política para o SUS. 2. ed. Brasília, DF: MS, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política nacional de saúde integral da população negra*: uma política do SUS. Brasília, DF: MS, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política nacional de saúde integral da população negra*: uma política para o SUS. 3. ed. Brasília, DF: MS, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 3.947, de 25 nov. 1998. Aprova os atributos comuns a serem adotados, obrigatoriamente, por todos os sistemas e bases de dados do Ministério da Saúde, a partir de 1 jan. 1999. *Diário Oficial da União*: Brasília, DF, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS n. 992, de 13 de maio de 2009. Institui a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 14 maio 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Saúde Brasil 2017:* uma análise da situação de saúde e os desafios para o alcance dos objetivos de desenvolvimento sustentável. Brasília, DF: MS, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Saúde Brasil 2018:* uma análise da situação de saúde e das doenças e agravos crônicos: desafios e perspectivas. Brasília, DF: MS, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Agenda estratégica para ampliação do acesso e cuidado integral das populações-chave em HIV, hepatites virais e outras infecções sexualmente transmissíveis*. Brasília, DF: MS, 2018b.

BREILH, J. *Epidemiologia crítica:* ciência emancipadora e interculturalidade. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

CHALHOUB, S. *Cidade febril*: cortiços e epidemias na corte imperial. 2. ed. São Paulo: Companhia das Letras, 2017.

CHALHOUB, S.; SILVA, F. T. Sujeitos no imaginário acadêmico: escravos e trabalhadores na historiografia brasileira desde os anos 80. *Cadernos AEL*, Campinas, v. 14, n. 26, 2009.

CHOR, D. Desigualdades em saúde no Brasil: é preciso ter raça. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 29, n. 7, p. 1272-1275, 2013.

CHOR, D.; LIMA, C. R. A. Aspectos epidemiológicos das desigualdades raciais em saúde no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1586-1594, 2005.

COSTA, J. F. *Ordem médica e norma familiar.* 5. ed. Rio de Janeiro: Graal, 2004.

DUARTE, N. A formação do indivíduo, consciência e alienação: o ser humano na psicologia de A. N. Leontiev. *Cedes*, Campinas, v. 24, n. 62, p. 44-63, 2004.

FARIA, R. M.; BORTOLOZZI, A. Espaço, território e saúde: contribuições de Milton Santos para o tema da geografia da saúde no Brasil. *RA'E GA*, Curitiba, n. 17, p. 31-41, 2009.

FERNANDES, C. S. E.; LIMA, M. G.; BARROS, M. B. A. Problemas emocionais e uso de medicamentos psicotrópicos: Uma abordagem da desigualdade racial. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 5, 2020.

FIELDS, B. J. Ideology and race in america history. *In:* KOUSSER, J.; MCPHERSON, M.; JAMES, M. *Region, race and reconstruction*. New York: Oxford University Press, 1982.

FRANÇA, D. Desigualdades e segregação residencial por raça e classe. *In:* MARQUES, E. C. L. (ed.). *A metrópole de São Paulo no século XXI*: espaços, heterogeneidades e desigualdades na metrópole. São Paulo: Editora Unesp: CEM, 2015.

GOES, E.; RAMOS, D. O.; FERREIRA, A. J. F. Desigualdades raciais em saúde e a pandemia da covid-19. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, 2020.

Gomes, J. B. O uso da lei no combate ao racismo: direitos difusos e ações civis públicas. In: Guimarães, A. S.; Huntley, L. *Tirando a Máscara*: ensaios sobre racismo no Brasil. São Paulo: Paz e Terra, 2000. p. 389-409.

GONÇALVES, M. M. *Raça e saúde*: concepções, antíteses e antinomia na Atenção Básica. 2017. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2017.

GUIMARÃES, A. S. A. A República de 1889: utopia de branco, medo de preto (a liberdade é negra; a igualdade, branca e a fraternidade, mestiça). *Contemporânea*, São Carlos, n. 2, p. 17-36, 2011.

GUIMARÃES, A. S. A. *Racismo e Antirracismo no Brasil*. 3. ed. São Paulo: Editora 34, 2009.

HASENBALG, C. *Discriminação e desigualdade racial no Brasil*. 2. ed. Rio de Janeiro: Iuperj, 2005.

HASENBALG, C.; SILVA, N. V. *Estrutura social, mobilidade e raça*. São Paulo: Vértice; Rio de Janeiro: Iuperj, 1988.

HASENBALG, C.; SILVA, N. V. Notas sobre desigualdade racial e política no Brasil. *Estudos Afro-Asiáticos*, Rio de Janeiro, v. 25, p. 141-160, 1993.

HASENBALG, C.; SILVA, N. V. *Raça e gênero no sistema de ensino*: os limites das políticas universalistas na educação. Brasília, DF: Unesco, 2002.

HENRIQUES, R. *Desigualdade racial no Brasil*: evolução das condições de vida na década de 90. Rio de Janeiro: Ipea, 2001.

HOCHMAN, G. Quando a saúde se torna pública: formação do estado e políticas de saúde no Brasil. *In:* HOCHMAN, G. *A era do saneamento:* as bases da política de saúde pública no Brasil. São Paulo: Hucitec-Anpocs, 1998. p. 19-46.

HOCHMAN, G. Regulando os efeitos da interdependência: sobre as relações entre saúde pública e construção do Estado (Brasil 1910-1930). *Estudos Históricos*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 11, p. 40-61, 1993.

HOCHMAN, G. A saúde na construção do estado nacional no Brasil: reforma sanitária em perspectiva histórica. *In*: LIMA, N. T. *et al*. (org.). *Saúde e democracia*: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005. p. 27-58.

HODES, M. The mercurial nature and abiding power of race: a transnational family story. *The American Review*, New York, v. 108, n. 1, 2003.

Brasília, DF

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. *Situação social da população negra por estado*. Brasília, DF: Ipea: Seppir, 2014.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD)*. Rio de Janeiro: IBGE, 2008.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Síntese de indicadores sociais*: uma análise das condições de vida da população brasileira: 2019. Rio de Janeiro: IBGE, 2019a.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Informativo IBGE sobre desigualdades sociais por cor ou raça no brasil. *Estudos e Pesquisas*, [*s. l.*], n. 41, 2019b.

KABAD, J. F.; BASTOS, J. L.; SANTOS, R. V. Raça, cor e etnia em estudos epidemiológicos sobre populações brasileiras: revisão sistemática da base PubMed. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, p. 895-918, 2012.

KALCKMAN, S. *et al*. Racismo institucional: um desafio para a eqüidade no SUS? *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 16, n. 2, p. 146-155, 2007.

KRIEGER, N. Embodiment: a conceptual glossary for epidemiology. *Journal of Epidemiology & Community Health*, London, v. 59, p. 350-355, 2005.

LAGUARDIA, J. O. O uso da variável "raça" na pesquisa em saúde. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 197-234, 2004.

LAURELL, A. C. A saúde-doença como processo social. *Revista Mexicana Ciencias Políticas y Sociales*, Ciudad de México, v. 84, p. 131-157, 1976.

LEAL, M. C.; GAMA, S. G. N. Nascer no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 30, p. S5, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001300001&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 26 jul. 2021.

LIMA, M. As múltiplas abordagens sobre a temática racial no Brasil. *PLURAL*, São Paulo, v. 23, n. 1, p. 58, 2016.

LIMA, M. *et al*. *Desigualdades raciais e covid-19:* o que a pandemia encontra no Brasil? Informativo desigualdades raciais e covid-19. São Paulo: Afrocebrap, 2020.

LIMA, N. T.; FONSECA, C. M. O.; HOCHMAN, G. A saúde na construção do estado nacional do Brasil: reforma sanitária em perspectiva histórica. *In:* LIMA, N. T. *et al*. *Saúde e democracia:* história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 27-58.

LIMA, N. T.; HOCHMAN, G. Pouca saúde, muita saúva, os males do Brasil são… Discurso médico-sanitário e interpretação do país. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 313-332, 2000.

LIMA, N. T.; HOCHMAN, G. Condenado pela raça, absolvido pela medicina: o Brasil descoberto pelo movimento sanitarista da primeira República. *In:* MAIO, M. C.; SANTOS, R. V. *Raça, ciência e sociedade*. Rio de Janeiro: Fiocruz: CCBB, 1996.

LOPES, F. Experiências desiguais ao nascer, viver, adoecer e morrer: tópicos em saúde da população negra no Brasil. *In:* SEMINÁRIO NACIONAL DE SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA, 1., 2004, Brasília, DF. *Anais* […]. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004.

LOPES, F. Para além das barreiras dos números: desigualdades raciais em saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1595-1601, 2005.

LOPEZ, L. C. O conceito de racismo institucional: aplicações no campo da saúde. *Interface*, Botucatu, v. 16, n. 40, p. 121-134, 2012.

MACHADO, M. H. P. T. *Brasil a vapor*: raça, ciência e viagem no século XIX. 2005. Tese (Livre Docência em História) – Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.

MACHADO, M. H. P. T. O *plano e o pânico:* os movimentos sociais na década da abolição. 2. ed. São Paulo: Edusp, 2010.

MAIO, M. C.; RAMOS, J. S. Entre a riqueza natural, a pobreza humana e os imperativos da civilização, inventa-se a investigação do povo brasileiro. *In:* MAIO, M. C. (org.). *Raça como questão:* história, ciência e identidades no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010. p. 25-49.

MAIO, M. C.; SANTOS, R. V. *Raça, ciência e sociedade*. Rio de Janeiro: Fiocruz: CCBB, 1996.

MARQUES, E. (org.). *Espaços, heterogeneidades e desigualdades na metrópole*. São Paulo: Ed. Unesp: CEM, 2010. No prelo.

MARX, K.; ENGELS, F. A *ideologia alemã*. São Paulo: Boitempo, 2007.

MAZIE, H. *Sex, sickness and slavery:* illness in the Antebellum South. Urbana: University of Illinoiis Press, 2001. p. 13-42.

MOTA, A. *Quem é bom já nasce feito*: sanitarismo e eugenia no Brasil. Rio de Janeiro: DP&A, 2003.

MOTA, A. *Tropeços da medicina bandeirante*: medicina paulista entre 1892-1929. São Paulo: Edusp, 2005.

MOTA, A.; MARINHO, M. G. S. M. (org.). *Eugenia e história*: ciência, educação e regionalidades. São Paulo: Casa das Soluções, 2013.

MOURA, C. O racismo como arma ideológica de dominação. *Princípios*, Natal, p. 28-38, 1994.

MOURA, C. *O negro*: de bom escravo a mau cidadão? Rio de Janeiro: Conquista, 1977.

MOURA, E. S. O direito à saúde na Constituição Federal de 1988. Âmbito *Jurídico*, São Paulo, v. 16, n. 114, 2013. Disponível em: https://ambitojuridico.com.br/cadernos/direito-constitucional/o-direito-a-saude-na-constituicao-federal-de-1988/. Acesso em: 26 jul. 2021.

MUNANGA, K. Uma abordagem conceitual das noções de raça, racismo, identidade e etnia. *In:* SEMINÁRIO NACIONAL RELAÇÕES RACIAIS E EDUCAÇÃO, 3., 2003, Rio de Janeiro. *Anais* [...]. Rio de Janeiro: [*s. l.*], 5 nov. 2003.

MUNANGA, K. *Rediscutindo a mestiçagem no Brasil*: identidade nacional versus identidade negra. 3. ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2008.

MUNANGA, K. Teoria social e relações raciais no brasil contemporâneo. *Cadernos Penesb*, Niterói, n. 12, p. 269-203, 2010.

MUNIZ, J. O. Sobre o uso da variável raça-cor em estudos quantitativos. *Revista de Sociologia e Política*, Curitiba, v. 18, p. = 277-291, 2010.

NOVO, H. A.; FREITAS, M. F. Q. A guerreira Sílvia Lane e suas lições de “paciência histórica”: um depoimento emocionado. *Psicologia Social*, Porto Alegre, v. 19, n. 2, p. 31-36, 2007.

OSÓRIO, R. G. Desigualdade racial e mobilidade social no Brasil: um balanço das teorias. *In:* THEODORO, M. (org.). A*s políticas públicas e a desigualdade racial no Brasil 120 anos após a abolição*. Brasília, DF: Ipea, 2008.

PAIXÃO, M. *Relatório anual das desigualdades raciais no Brasil*: 2009-2010. Rio de Janeiro: UFRJ, 2010.

PARADIES, Y. *et al*. Racism as a determinant of health: a systematic review and meta-analysis. *PloS one*, [*s. l.*], v. 10, n. 9, 2015.

PASQUALINI, J. C.; MARTINS, L. M. Dialética singular-particular-universal: implicações do método materialista dialético para a psicologia. *Psicologia e Sociedade*, Belo Horizonte, v. 2, n. 27, p. 362-371, 2015.

RIBEIRO, M. G. Desigualdades urbanas e desigualdades sociais nas metrópoles brasileiras. *Sociologias*, Porto Alegre, v. 18, n. 42, p. 198-230, 2016.

SÃO PAULO. Prefeitura de São Paulo. *Igualdade racial em São Paulo*: avanços e desafios. São Paulo: Secretaria Municipal de Direitos Humanos e Cidadania, 2015.

SANTOS, G. A. *A invenção do "ser negro"*: um percurso das ideias que naturalizaram a inferioridade dos negros. São Paulo: Educ, 2005.

SANTOS, L. A. C. O pensamento sanitarista na primeira república: uma ideologia de construção da nacionalidade. *Dados, Revista de Ciências Sociais*, Rio de Janeiro, v. 28, n. 2, p. 193-210, 1985.

SANTOS, L. A. C. Poder, ideologias e saúde no Brasil da primeira república: ensaio de sociologia histórica. *In*: HOCHMAN, G.; ARMUS, D. *Cuidar, controlar, curar*: ensaios históricos sobre saúde e doença na América Latina e Caribe. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004. p. 249-293.

SANTOS, M. P. A. *et al.* População negra e covid-19: reflexões sobre racismo e saúde. *Estudos Avan*çados, São Paulo, v. 34, n. 99, p. 225-244, 2020.

SANTOS, R. V. Mestiçagem, degeneração e a viabilidade de uma nação: debates em antropologia física no Brasil (1870 a 1930). *In*: MAIO, M. C.; SANTOS, R. V. (org.). *Raça como questão*: história, ciência e identidades no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010. p. 83-108.

SANTOS, S. B. Famílias negras, desigualdades, saúde e saneamento básico no Brasil. *Tempus*: Actas de Saúde Coletiva, Brasília, DF, v. 7, n. 2, p. 41-53, 2013.

SANTOS, W. G. *Cidadania e justiça*: a política social na ordem brasileira. Rio de Janeiro: Campus, 1979.

SAWAIA, B. B. Transformação social: um objeto pertinente à psicologia social? *Psicologia & Sociedade*, Belo Horizonte, v. 26, n. 2, p. 4-17, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822014000600002&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 26 jul. 2021.

SCHWARCZ, L. M. *O espetáculo das raças*: cientistas, instituições e questão racial no Brasil, 1870-1930. São Paulo: Cia das Letras, 1993.

SILVA, A. *et al*. Iniquidades raciais e envelhecimento: análise da corte 2010 do Estudo Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento (SABE). *Revista Brasileira de Epidemiologia*, São Paulo, v. 21, n. 2, 2019.

SILVA, M. R. B. *O laboratório e a República*: saúde pública, ensino médico e produção de conhecimento em São Paulo (1891-1933). Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014.

SILVA, P. V. B. O silêncio como estratégia ideológica no discurso racista brasileiro. *Currículo sem Fronteiras*, [*s. l.*], v. 12, n. 1, p. 110-129, 2012.

SNOLEN, J. R.; ARAUJO, E. M. Raça/cor da pele e transtornos mentais no Brasil: uma revisão sistemática. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 12, p. 4021-4030, 2017.

STEPAN, N. *A hora da eugenia*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

STROTHER, S. Z. Displays of the body hottentot. *In*: LINDFORS, B. (ed.). *Africans on stage:* studies in ethnological show business. Bloomington: Indiana University Press, 1999. p. 1-61.

TAGUIEFF, A. P. *The force of prejudice*. Minneapolis: University of Minnesota Press, 2001.

TAVARES, D. *Introdução à sociologia da saúde*. Coimbra: Almedina, 2016.

TELLES, E. Em retrospectiva: uma revisão das políticas de inclusão racial do Brasil após dez anos. *Revista de Ciências Sociais da PUC-Rio*, Rio de Janeiro, n. 6, p. 129-142, 2010.

TELLES, E. *Racismo à brasileira:* uma perspectiva sociológica. Rio de Janeiro: Relume Dumará: Fundação Ford, 2003.

TELLES, E. The project on ethnicity and race in Latin America (PERLA). *In*: TELLES, E. *Pigmentocracies:* ethnicity, race and color in Latin America. Chapel Hill: The University of North Carolina Press, 2014.

TWINE, F. W. *White side of black Britain*: interracial intimacy and racial literacy. Durham: Duke University Press, 2010.

THEODORO, M. As mudanças sociais mais recentes e a questão racial. *In:* FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO; FUNDAÇÃO FRIEDRICH EBERT (org.). *Classes? Que classes?* Ciclo de Debates sobre Classes Sociais. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2013. p. 163-172.

THEODORO, M. *As políticas públicas e a desigualdade racial no Brasil:* 120 anos após a abolição. Brasília, DF: Ipea, 2008.

TODOROV, T. *Nós e os outros*: a reflexão francesa sobre a diversidade humana. Rio de Janeiro: Zahar, 1993.

VYGOTSKY, L. S. *Pensamento e linguagem*. São Paulo: Martins Fontes, 1989.

WERNECK, J. Iniquidades raciais em saúde e políticas de enfrentamento: as experiências do Canadá, Estados Unidos, África do Sul e Reino Unido. *In:* BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. *Saúde da população negra no Brasil*: contribuições para a promoção da equidade. Brasília, DF: Funasa, 2005. p. 315-386.

WERNECK, J. *Racismo institucional*: uma abordagem conceitual. [*S. l.*]: Geledés, 2013.

WERNECK, J. (org.). *Mulheres negras*: um olhar sobre as lutas sociais e as políticas públicas no Brasil. Rio de Janeiro: Criola, 2010.

Williams, D. R. Miles to go before we sleep: racial inequities in health. *Journal of Health and Social Behavior*, v. 53, n. 3, p. 279-295, 2012. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3712789/. Acesso em: 22 out. 2021.

WINANT, H. *The word is a ghetto*: race and democracy since World War II. New York: Basic Books, 2001.

MATRICIAMENTO EM SAÚDE MENTAL

um desafio anunciado e agravado na pandemia da covid-19

MÔNICA LIMA • CLAFYLLA LUIZA CRUZ DE OLIVEIRA
DANILO CONCEIÇÃO DE CARVALHO

Que nos sirva de consolo
Lâmpadas acesas, catástrofes pessoais
Que o amor possa comover
Que nos sirva de consolo o cheiro de gás
Capaz de nos socorrer
De manhãs, noites e tardes iguais.
("Notícias de Salvador", Luedji Luna)[1]

A nossa participação como promotores(as) e representantes da universidade no Programa Pensar junto, Fazer com de extensão emergencial: saúde mental em tempos de covid-19,[2] de março a dezembro de 2020, proporcionou-nos, através de rodas de conversas, trocas, aprendizagens e reflexões sobre as experiências concretas que os(as) profissionais da assistência à saúde estavam vivenciando nos níveis primário e secundário de atenção, nesse momento pandêmico, especialmente no cuidado da saúde mental. Foram meses intensos, que continuam reverberando no cotidiano de todos(as) nós, educadores(as) e trabalhadores(as) de saúde. Toda a ruptura social vivenciada pelos nossos movimentos em permanecermos em dinâmicas outras de

1 Canção "Notícias de Salvador", de Luedji Luna.

2 Programa Emergencial de Extensão Pensar junto, Fazer com: saúde mental em tempo de covid-19.

vida, que nos viabilizassem manter o fluxo dela, protagonizou um ano de 2020 atravessado por crises sanitária, política e econômica, que segue ainda em 2021.

O Sars-Cov-2, mais conhecido como coronavírus, chegou a público no fim de 2019, tempo que agora parece até distante, o mundo sabia pouco sobre sua história natural. Os corredores dos serviços de saúde se encontraram com novas roupagens e acessórios, hábitos incorporados e efetivados por todos(as): máscaras, álcool em gel, distanciamento social regado por medo, angústias, caos e estratégias de superação e enfrentamento. Mas não foi só isso. Nos Centros de Atenção Psicossocial (Caps), nas Unidades de Saúde da Família (USF) sem ou com Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf) e Básicas de Saúde (UBS), os grupos realizados com usuários(as) se esvaziaram, as consultas e visitas domiciliares diminuíram. Tudo isso foi dito em inúmeras rodas de conversa que realizamos no referido ano.

Mesmo quando pouco sabíamos sobre a história natural da covid-19, nos foi possível observar, sob a perspectiva dos movimentos realizados para ofertar cuidado psicossocial nos serviços de assistência à saúde, os efeitos dos atravessamentos políticos, culturais e sociais sobre as demandas de saúde mental, que nos remetem às palavras escritas por Luca Negrogno (2020), escritas quando a pandemia atingia seu pico na Itália:

> A pandemia do covid-19 mostra as muitas fraquezas culturais, políticas e institucionais dessa perspectiva em sua realização prática e constitui uma boa oportunidade para iniciar uma reflexão construtiva sobre quais elementos devem ser imediatamente abandonados e quais devem ser fortalecidos para imaginar um mundo para quem essa abordagem ainda é concebível e acionável (NEGROGNO, 2020, p. 2, tradução nossa)

Negrogno se refere à apresentação de orientações e condutas generalizadas para manejo das situações em lugares diversificados e sobre a necessária consideração das particularidades de cada *loco* sob dinâmicas cooperativas. Não tínhamos um objetivo tão pretensioso no programa, mesmo considerando a envergadura do problema que se instalava, mas queríamos fortalecer-nos em um espaço coletivo, de acolhimento e trocas técnicas inventivas. As dificuldades nos serviços não surgiram em decorrência da covid-19, mas sabemos o quão agravante o contexto do desenvolvimento pandêmico está sendo. Crises desveladas e estampadas em noticiários, em suspiros, rostos humilhados racial e socialmente, que se esquivam de reportagens televisivas em longas filas atrás de benefícios emergenciais, hospitais assoberbados, rostos de trabalhadores(as) exaustos(as) no Brasil e no mundo.

Bruno Cardoso (2020 p. 1062), ao analisar a implementação do auxílio emergencial, diz que é preciso avançar nas pesquisas sobre aqueles(as) que foram identificados(as) apenas em razão da gravidade pandemia da covid-19, que ele denomina cidadãos "invisíveis", porque as políticas públicas de "socorro econômico em momento de emergência precisam se compatibilizar com a realidade do cidadão". Quanto ao campo da saúde mental, estava conseguindo se compatibilizar para a realidade dos(as) loucos(as) e dos(as) pessoas que tiveram o sofrimento psicossocial aumentado nesse momento de pandemia? Tudo sugere algo fora da ordem: "[...] Aqui tudo parece/Que era ainda construção/E já é ruína [...]/Alguma coisa está fora da ordem/Fora da ordem mundial [...]/It's something/Is going out of order/ Fuera de nueva orden mundial" (VELOSO, 1991).

Essa dinâmica ecoava a necessidade de reinvenção. Distanciamento social não soava bem com territorialização, a aposta no recuo das atenções primária e secundária, especializada em saúde mental, não nos parecia aceitável sem reflexões com as(os) trabalhadoras(es). O Sistema Único de Saúde, nosso SUS, é e sempre foi o símbolo vivo de resistência, e mais uma vez ele, eu, você, nós todos(as) atuamos em prol da mobilização da relevância expressa por esse sistema. A ação de Pensar Junto e Fazer com é também a partilha construtiva para a coprodução do cuidado que abarca o singular e transborda na coletividade necessária para que essa postura permaneça ativa. Nessa direção, esse "algo fora da ordem" nos fez apostar em alguma *harmonia bonita*: "Eu não espero pelo dia/Em que todos/Os homens concordem/Apenas sei de diversas/Harmonias bonitas/Possíveis sem juízo final" (VELOSO, 1991).

O desastre não devastou apenas localmente, mas reverberou simbolicamente em infraestruturas institucionais, arranjos políticos nacionais e internacionais. Assim, suprir a carência de tecidos porosos na rede de assistência à saúde, incluindo a famigerada saúde mental, possibilitando e potencializando a comunicação, o suporte, o apoio e o ritmo de funcionamento se tornou imperativo. A Rede de Atenção Psicossocial, terreno atravessado pelas demandas da pandemia com chamamentos que extrapolam em muito conhecidos processos de trabalhos e adentram aspectos afetivos, coletivos, pessoais, familiares, singulares… Um emaranhado de vivências. Lembra-nos Gilberto Gil (1968), "de certo nossa terra tem palmeiras onde sopra o vento forte, da fome, do medo e muito, principalmente da morte".

Sentir-se constantemente preocupados(as), confusos(as), além do risco de possíveis agravamentos de saúde física e mental não só de profissionais de saúde, mas também dos(as) usuários(as) também fazem parte do processo de nos situarmos em uma pandemia como a da covid-19, adverte-nos, em orientações gerais, a Organização Mundial de Saúde. (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2020) Como seres

humanos coabitantes desse mesmo espaço, nada mais esperado que sentirmos esses impactos em nossa saúde mental, por vezes, já fragilizada desde o cenário pré-pandêmico devido a aspectos interseccionais, como vulnerabilidade socioeconômica, fatores sociais e culturais, questões raciais e de gênero, dentre outras dimensões que produzem sofrimento. Nesse particular, temos a intenção que todos e todas possam desfrutar e ter força para seguir na luta da digna sobrevivência, como "gente viva": "Gente viva, brilhando estrelas na noite/Gente quer comer/Gente quer ser feliz/Gente quer respirar pelo nariz/Não, meu nego, não traia nunca essa força não/Essa força que mora em seu coração". (VELOSO, 1997) Os compromissos profissionais e pessoais ficaram evidentes. Ao lidarem com o medo do contágio, de possíveis adoecimentos, os(as) profissionais de saúde ficaram conhecidos(as) como super-heróis e heroínas, embora não se sentissem assim ou nem mesmo pleiteassem este título. Sejam eles(as) os que atuam na linha de frente ou aqueles(as) que alicerçam toda a pirâmide de serviços, que deveria ser mesmo uma espiral de cuidados. Trabalhar em rede é entrelaçar-se em práticas e atuações distintas, porém, colaborativas e complementares, elas não devem ser teias que amarram, que impedem, que limitam o acesso e cuidados de um grupo em relação ao outro. Não estamos a romantizar a resistência que exercemos a duras penas. Compartilhamos invenções no limite institucional. Um leque de práticas que vislumbravam possibilidades de manter a dinâmica, perseverando no objetivo de tocar outras vidas, pessoas, comunidades, além de qualificar ainda mais componentes da equipe para que o cuidado fosse possível.

O queridíssimo Gastão Wagner Campos e outros(as) colaboradores(as) pontuaram uma estratégia para a reorganização tanto da gerência quanto da assistência de saúde no Brasil. Ele esteve conosco em duas rodas de conversa, uma delas tratou especialmente de matriciamento em saúde mental,[3] suas narrativas inspiram gerações. Em meio a uma pandemia e seus impactos, como não falarmos disso? Lembramo-nos aqui do que foi compartilhado nas rodas de conversa sobre a compreensão direcionada a essa prática. Mais do que um conceito, uma alusão ao grande exercício de escuta parte de um processo dialógico genuíno que possibilita resultados exitosos, a exemplo da construção de melhores relações entre equipes da rede e a priorização de estratégias de cuidado.

Pautamos a permeabilidade da comunicação em seu caráter transformador, permitindo o fluxo de compartilhamento do conhecimento para o fortalecimento dos serviços e também proporcionando dúvidas e questionamentos ora sobre as competências profissionais necessárias para a realização de ações transdisciplinares,

3 Roda de conversa sobre matriciamento: AB + Raps/SUS, facilitada por Gastão Wagner, realizada no dia 19 de junho de 2020, no Programa Pensar junto, Fazer com.

dialógicas, interdisciplinares e intersetoriais nos territórios, ora sobre a compreensão da prática do matriciamento para funcionamento do serviço em saúde, incluindo esse momento pandêmico. Ações, muitas vezes, fragilizadas pelo desânimo da falta de condições adequadas de trabalho.

As incertezas, agravadas em tempos de covid-19, fazem-nos despertar com muitas perguntas que não se dissipam durante o dia, ao contrário, acumulam-se, avolumam-se, gerando inquietações, e não só paralisia. Nessa direção de ser mais uma provocação do que uma cobrança produtivista, sintetizamos nossas angústias em três questões: quais as exigências que o contexto pandêmico da covid-19 impõe para a compreensão do matriciamento em saúde mental? Quais desafios teórico-práticos temos de superar para produzir a articulação entre os níveis de assistência à saúde e intersetorial em torno do cuidado em saúde mental, para além desta pandemia? Há algo que a pandemia da covid-19 *desfamiliarizou* sobre matriciamento que poderá gerar frutos para o seu aperfeiçoamento?

Antes de seguir com as reflexões, queremos destacar que, para a leitura que segue, consideramos importante situá-la sobre o lugar onde essa narrativa se constrói e como ela se relaciona com o método das rodas de conversas adotadas para a realização do Programa Pensar junto, Fazer com, que proporcionou a escrita deste capítulo: a roda de conversa sobre matriciamento que contou com a presença de Gastão Wagner Campos. A escrita deste texto está inspirada nas contribuições da psicologia social construcionista, especialmente sob as perspectivas desenvolvidas por Mary Jane Spink e muitos(as) outros(as) colaboradores(as). Emerson Rasera e Marisa Japur (2005) apresentam o teor ativo e construtivo que a linguagem possui no e para o mundo, permitindo-nos, então, destacar que o foco das perspectivas construcionista encontra-se no papel que a linguagem desempenha nas interações sociais. Diferenciam-se, assim, práticas discursivas, como a linguagem ativa e o meio pelo qual são produzidos sentidos, transformações e posicionamentos, e o discurso como a prática da linguagem institucionalizada que é alicerçada em áreas especificas do conhecimento formal. (SPINK, 2010; SPINK; MEDRADO, 2013) A partir dessa pontuação, evidencia-se que a compreensão dos sentidos se dá no confronto com a pluralidade de vozes situadas não apenas em contextos, como em tempos e espaços específicos. (SPINK; MEDRADO, 2013) No nosso caso, falar de saúde mental em rodas de conversas durante a pandemia da covid-19, que interfere na observância de alguns dos seus princípios antimanicomiais, manter as portas abertas de equipamentos de saúde mental, apostar no fortalecimento de vínculos e intensificar cuidados em crise marcam a busca de lidar com o "tempo de crise/um tempo sem sol/sem sol,/sem esperança/sem dó", citando o pesquisador e também poeta Marcus Vinícius Matraga (2021).

No que tange à relação com o tempo, Mary Jane Spink e Benedito Medrado (2013) descrevem três tempos que interagem mutuamente e resultam na produção de sentidos. Há o tempo longo, entendido como aquele demarcado por conteúdos construídos ao longo da história das civilizações e de íntima relação com as bases culturais, com os conhecimentos acumulados. O tempo vivido, caracterizado por ser um momento de construção e aprendizagem pessoal, crivado pelas linguagens aprendidas e presentificadas nas vivências sociais e socializações. E o tempo curto, que, por sua vez, apresenta a produção de processos dialógicos dos momentos de interação.

Destacar a historicidade das práticas discursivas nessa reflexão sobre a assistência à saúde mental durante a pandemia do covid-19 remete-nos ao tempo longo da discussão da história da loucura, (FOUCAULT, 2008) quando o lugar da pessoa em sofrimento psicossocial intenso já era determinado pelo estigma, descaso, ausência de direitos humanos e desamparo. Isso lembrando que, ao defender o cuidado pautado em redes territorializadas, nos tempos curto e vivido, estamos participando de uma permanente e extenuante luta antimanicomial.

Nesse particular, com relação ao discurso manicomial, de acordo com a perspectiva teórica aqui adotada, concordamos que estamos em constante processo de desfamiliarização, noção utilizada por Mary Jane Spink e Rose Mary Frezza (2013). Elas fazem uma inflexão do termo desconstrução, enfatizando que se trata de um esforço de reflexão crítica contínua sobre as relações estabelecidas por discurso já existentes e mecanismos culturais expressos por repertórios linguísticos na intenção de dar sentido ao mundo, no caso, à loucura e ao sofrimento psicossocial. Justamente não são totalmente desconstruídos os valores manicomiais, ou seja, não são totalmente substituídos, e sim perduram, transformam-se, atualizam-se, retomam com mais força em tempos curto e vivido, em conjunturas nefastas, como está ocorrendo com as crises política, socioeconômica e sanitária atuais.

Um grande momento de desfamiliarização pode ser atribuído às rodas de conversas. Nessa direção, nas trocas realizadas nas rodas de conversa, mas também em conversas informais, nas tentativas de buscar que aqueles em sofrimento psicossocial acessassem os serviços de saúde mental, percebemos que houve um recuo da atenção especializada em saúde mental. Particularmente nos Centros de Atenção Psicossocial (Caps) para receber novos usuários(as), centrando suas forças para intensificar o acolhimento daqueles(as) já cadastradas(os). Com relação à atenção primária, que há muito tempo tenta vencer as barreiras já consolidadas sob a ideia reducionista de que a saúde mental não é responsabilidade desse nível de assistência, a alta demanda de sofrimento psicossocial gerada pela pandemia da covid-19

assoberbou várias equipes que, diante das condições precárias de trabalho e falta de investimento em recursos tecnológicos e informativos, por exemplo, têm inviabilizado o cuidado dessas pessoas em seus territórios.

O problema apresenta-se ainda mais grave devido ao processo de desmonte e da constatação do descaso que a atenção primária já vinha sofrendo; basicamente, o que se propõe é a desterritorialização da Atenção Básica à Saúde (ABS) pela descontração do modelo de atenção baseado na Saúde da Família. Este descaso é caracterizado pela "redução do número de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e carga horária dos profissionais, finalização do Programa Mais Médicos, mudanças no financiamento, entre outros, a partir da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), de 2017", como destacam Ligia Giovanella e colaboradoras (2020, p. 898). Além disso, com a remoção do princípio de democracia e das diretrizes de apoio e humanização das equipes Núcleo de Apoio a Saúde da Família (Nasf), além da posterior mudança dos critérios de financiamento do referido programa que, desde 2019, passou a ter repasse pautado pela lógica produtivista quantitativa, que recai num modelo de cuidado predominantemente biomédico, relegando aos municípios a decisão de manter ou não as equipes. Nesse sentido, concordamos com Túlio Silva (2018) sobre os movimentos desafiadores à prática do apoio matricial quando tais decisões políticas criam possibilidades para regredirmos a um modelo de cuidado centrado na clínica individual, curativista, burocratizada e fragmentada.

Do ponto de vista do método, utilizamos a roda de conversa (RC) sobre matriciamento, que inspirou o tema aqui tratado. Como método, ela proporcionou o encontro de vozes em um processo dialógico que evidenciou compreensões e dúvidas sobre o apoio matricial entre os(as) profissionais da atenção primária e da atenção especializada em saúde mental, e de algumas e alguns trabalhadores(as) de outros setores, como da assistência social, além da partilha de vivências em meio à pandemia da covid-19. O formato de RC buscou viabilizar um diálogo horizontal entre os(as) participantes e a exposição espontânea das suas experiências concretas de trabalho, com intervenções do convidado Gastão Wagner Campos. A constituição da roda de conversa foi fluida e flexível, as falas foram indagadoras, complementadas, questionadas, em um processo de acolhimento, construção e partilha, em duas horas de troca pelas plataformas digitais.

Compreendemos que fazer matriciamento durante o contexto pandêmico da covid-19 tem sido um trabalho desafiador para todos(as), uma vez que as exigências de isolamento e distanciamento social soam contraditórios para uma prática que tem seus fundamentos no método da roda: "Na roda de samba, na do candomblé e na de ciranda em que cada um entra com sua disposição e habilidade [...] na roda

como espaço democrático", como afirma Gastão Campos (2000, p. 4). Em música, a roda é uma ciranda, um convite para a troca e segurança de não largar as mãos, mantendo os cuidados necessários, mesmo em tempos de covid-19:

> Uma onda diz vai, vai/Outra onda diz vem, vem/E de mãos dadas vão e voltam/Ninguém solta a mão de ninguém [...] Dança no passo, da ciência pro futuro /Não dá mão ao obscuro, aos que negam o benvirá/E essa dança que nasceu em uma praia /Ganha o mundo, se espalha, está em todo lugar[4]

Para a roda girar, nos acostumamos a dar as mãos, fortalecendo o vínculo, criando redes de cuidado e afeto para contrariar a lógica burocrática e a assistência tradicionalmente impessoal, desterritorializada e fragmentada. Entretanto, a crise sanitária atual nos chama a "soltar" as mãos para cuidar da saúde, a duvidar da sua "pureza"? Quem diria que manter distância física se tornaria um gesto de compromisso solidário com a vida? Nessa perspectiva, melhor seria qualificar o distanciamento social como científico, porque não é qualquer distanciamento que interessa à saúde pública/coletiva, apenas as medidas que evidenciam prevenção, que se antecipam para diminuir a velocidade da transmissão viral em questão.

Nesse cenário, nos vimos impelidos ao rumo condizente com um dos eixos de conformação do método da roda, que Campos (2000) denomina como reconstrução conceitual e prática do trabalho. Um espaço de reflexão sobre nossas possibilidades, limitações, anseios, projetos e políticas. "Soltar" as mãos, nesse caso, significa apenas não dar mão ao obscuro, espalhar distanciamento social/científico, reinventar a roda cirandeira, um matriciamento por meio digital, por exemplo. A nossa proposta se aproxima, também, da noção de "rodas de empatia", citada por Maria Rente e Emersom Merhy (2020), experiência que migrou para o ambiente virtual, que expressou espaços poderosos de partilha e enlutamento nesse momento de pandemia, por hora, remoto, mas em breve, voltando à sua forma presencial.

Compreendemos que, durante o Programa Pensar junto, Fazer com, estávamos exercitando uma prática, rodas de conversa, muito coerente com os princípios do matriciamento. Segundo Gastão Campos e Ana Domitti (2007), a noção matricial se refere ao lugar onde algo é criado ou gerado. Assim, inventamos uma roda onde as mãos não podiam se tocar. Ela foi mediada por aparelhos, programas e

---

4 Canção "Ninguém solta a mão de ninguém" por Antonio Nóbrega e Wilson Freire. Disponível em: https://youtube.com/watch?v=jwMOvwYyraQ&feature=youtu.be.

aplicativos digitais por meio dos quais nos apoiamos mutuamente, compartilhando práticas para fortalecer a assistência nos diferentes serviços de saúde em que cada um e cada uma estava atuando. Conseguimos nos afetar com olhares mediados pelas câmeras, com palavras ditas verbalmente ou escritas na caixa de diálogos. Dito isso, destacamos que os termos afeto, vínculo, compartilhamento e cuidado são repertórios linguísticos (ARAGAKI et al., 2014) do matriciamento e foram recorrentes, ou seja, termos usados no cotidiano e reproduzidos ali nos nossos encontros, metáforas, descrições expressas em relatos de experiências, desabafos, reivindicações, queixas, acordos, articulações entre serviços de saúde em torno do cuidado em saúde mental.

Recorrendo às contribuições de Castro e Campos (2016), o matriciamento é, antes de tudo, uma prática pensada como apoio com duas dimensões. A primeira, chamada de assistencial, tem a ver com o compartilhamento do cuidado, um(a) profissional fazendo com o(a) outro(a), para qualificar as ações direcionadas aos(às) usuários(as) do serviço. A segunda dimensão é a pedagógica, quando compartilhamos saberes pensando junto. Prática que acontece no *entre* das coisas, que expressa e aposta no acontecer junto. As nossas rodas remotas foram uma alternativa construída para superar alguns obstáculos que encontramos em consequência da pandemia da covid-19 com suas implicações sanitárias. Elas possibilitaram que juntos(as) mantivéssemos o sentido de luta para não sucumbir diante dos problemas mais antigos que o apoio matricial já buscava superar e que foram agravados. Alguns deles foram numerados por Campos e Domitti (2007), como carência de recursos, entraves econômicos, subjetivos, culturais e ético-políticos foram relatados por vários trabalhadores(as) de saúde participantes. Nessa direção, um relato escrito na caixa de diálogos sintetiza um grande desafio de todo esse complexo processo:

> A cada mudança de gestão, as mudanças do quadro de trabalhadores da saúde ocorre devido a questões políticas, principalmente nos interiores do Brasil. A cada mudança, é preciso recomeçar do zero o Apoio Matricial com as novas ESF, NASFs e equipes de Caps constituídas pelas novas gestões, prejudicando o processo de cuidado dos usuários. (Profissional da Raps, 2020)

Cabe destacar que a situação de Salvador é desoladora em relação à cobertura de atenção básica e especializada. No site do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), em 16 de agosto de 2019, considerando dados de todo o país de 2018, lemos o seguinte:

> Mais de 1,8 milhão de soteropolitanos não têm acesso a consultas, exames, acesso à vacinação, reabilitação e muitos outros serviços que deveriam ser ofertados pela Atenção Primária. O número é surpreendente e, infelizmente, reflete um cenário desolador. Salvador amarga a última posição de cobertura da Atenção Básica (37,61%) dentre as capitais do Brasil e é a penúltima em Saúde da Família (27,45%). Os dados do Ministério da Saúde são de acesso público (https://goo.gl/2KDPDS) e referem-se a novembro de 2018. O pior é que os números vêm despencando na capital. Em junho de 2016, a cobertura da Atenção Primária era 39,11%, enquanto o índice de Saúde da Família era de 28,58% (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2019)[5]

Desde 2016, houve mudança em relação aos dados apontados pelo Conass (2019). A cobertura da Atenção Básica era de 56,36%, sendo que a saúde família registrou 40,24% de cobertura com apenas 91 equipes de saúde da família,[6] em dezembro de 2020.

Em meio à adversidade sanitária histórica e atual que nos mobilizou, foi reconfortante ouvir diversas estratégias que vinham sendo adotadas ou criadas pelos e pelas trabalhadores(as) em nome da responsabilização pelo cuidado e do compromisso com um SUS para todos(as). Ouvimos muitos relatos, lembramo-nos de um sobre o início de um projeto-piloto no qual a equipe, composta por quatro profissionais de referência e residentes multiprofissionais em saúde mental, realizavam visitas a uma unidade de saúde da família com encontros que ocorreriam por plataforma virtual, com o objetivo de construir uma cartilha de matriciamento. Em outro relato sobre redes solidárias que, dada a amplitude que buscavam alcançar, agregavam diversos atores(as) de apoio – lideranças comunitárias, profissionais de saúde, professores(as) e militantes – e posicionamentos, que, segundo participantes, têm proporcionado a solução de algumas demandas acirradas no contexto pandêmico. Ações que permitem reorientação de fluxos, monitoramento de casos e até mesmo facilitação para o acesso aos serviços.

Como não valorizar os caminhos criados diante de difíceis cenários? Será que esse matriciamento digital pode ser mais constante, superando a falta crônica de

---

5 Segundo Plano Municipal de Saúde Salvador (2018-2021), a cobertura de Atenção Primária era de 45,7% e a de Saúde da Família, em 2017, era de 31,82%. Disponível em: http:// saude.salvador.ba.gov.br/secretaria/wp-content/uploads/sites/2/2018/12/Plano-Municipal-de-Sa%C3%BAde-2018-2021-VOLUME-I_aprovado-pelo-CMS-21.11.pdf

6 Dados desenvolvidos pela Coordenação Geral de Informação da Atenção Primária - CGIAP/DESF/SAPS para dezembro de 2020, disponível em: https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml;jsessionid=Wmot1+8moPT1kFGI6pOZ-2pP.

transporte entre os serviços de saúde, que é um impedimento presente no cotidiano de muitas unidades entre outras desculpas institucionais? Otimização do tempo e da energia dos(as) trabalhadores(as)? Quais seriam os prós e contras de termos um investimento tecnológico duro, mas com ênfase na tecnologia leve ou relacional entre as unidades, que nos permitissem um apoio matricial permanente e de boa qualidade digitalmente, usando a linguagem de Emerson Merhy e Tulio Franco?

Tantas dificuldades, reflexões e questionamentos foram narrados pelas e pelos participantes. Por vezes, o conceito teórico e prático do matriciamento causou estranhamento e desconhecimento entre os(as) participantes, que apontaram diferenças de tipo de contratação e fragilidades das relações trabalhistas e questionaram o esvaziamento de processos formativos mais participativos para a atuação profissional, bem como ressaltaram o papel fundamental de maior articulação com a gestão. Nesse caminho desafiador, a educação permanente foi citada por muitos como instrumento exitoso de sensibilização para agregar saberes e experiências às práticas interprofissionais. Ainda nesses relatos, não ficaram de fora a discussão sobre instrumentos para mobilização da ação em rede, como participação comunitária e o uso de tecnologia digital para atuações interprofissionais.

Tecnologia digital (dura) em prol da tecnologia relacional de saúde (leve), que ofereça a maleabilidade possível às tecnologias leve-duras no trabalho vivo em saúde, inspiradas nestas noções de Emerson Merhy e Tulio Franco (2003). Merhy, um dos nossos convidados em outra roda de conversa,[7] através do compartilhamento dos saberes e práticas de cada uma das profissões de saúde e dos(as) usuários(as) em torno da linha de cuidado em saúde mental. Em texto recente sobre novas apostas para lidar com o sofrimento mental causado pela covid-19, Maria Angelica Rente e Emerson Merhy (2020, p. 14) continuam defendendo a dimensão relacional do cuidado e partem da seguinte premissa:

> Nossa hipótese é de que a possibilidade do enlutamento coletivo, através do oferecimento de espaços corajosos, seguros e inclusivos de escuta e partilha das dores e inquietações, nos quais sejam acolhidas todas as expressões legítimas do sofrimento, pode contribuir para a reconfiguração dos afetos, aumentando as potências individuais e coletivas e contribuindo para a invenção de formas outras de viver, mais alinhadas aos princípios e necessidades das vidas.

7 Roda de Conversa “Reflexões sobre práticas territoriais de cuidado em tempos de covid-19”, facilitada por Emerson Merhy e realizada no dia 28 de julho de 2020, no Programa Pensar junto Fazer com.

Seguimos no diálogo entre áreas distintas do conhecimento, objetivando tanto a efetivação dos serviços e do funcionamento do setor saúde, quanto a criação de estratégias para suprir demandas de cuidado e de gestão. Pudemos observar o destaque para dois polos desafiadores nas narrativas dos(as) trabalhadores(as) de saúde de vulnerabilidades já existentes em tempos anteriores à pandemia da covid-19: a baixa cobertura de equipes/equipamentos de serviço e a fragilidade para absorção do que preconiza o matriciamento, gerando sequelas em tais polos na condução efetiva do funcionamento dos serviços oferecidos.

Como não pensarmos no chamado *efeito paideia* e apostarmos em rodas de conversas promissoras, que Gastão Wagner Campos (2001, p. 2-3) apresenta-nos como correspondendo ao "processo social e subjetivo em que as pessoas ampliam sua capacidade de buscar informações, de interpretá-las, buscando compreender-se a si mesmas, aos outros e ao contexto, aumentando, em consequência, a possibilidade de agir sobre estas relações", acontecendo como tradução de um exercício ativo e expressivo da cidadania durante as estratégias adotadas nesse percurso? As dificuldades se emaranham e, diante da necessidade de honrar princípios e diretrizes antimanicomiais da saúde mental, por vezes, os(as) próprios(as) profissionais de saúde custeiam suas atividades laborais, utilizando seus próprios aparelhos de celular, internet e até mesmo comprometendo horários extra que chegam até suas casas, invadem suas rotinas pessoais, como também da comunidade, que, por vezes, exerce papéis na ausência do alcance do SUS, na ausência do Estado, (re)criando modos de viver, existir e resistir… E de resistência.

Pensando nos processos de trabalho com efetivo comprometimento sociosanitário, compreendemos o direcionamento das atitudes dos(as) profissionais segundo a racionalidade das práticas colaborativas, de acordo com Marina Peduzzi e Heloise Agreli (2018). O conceito de práticas colaborativas diz respeito ao grau de interdependência entre distintas equipes de saúde e entre profissionais de diferentes áreas do saber, que direcionam suas ações e escolhas profissionais centrados(as) nas necessidades do(a) paciente/usuário. Considerando o sinalizado pelas autoras, o contexto provocou os(as) profissionais a inovarem para produzir assistência diante das adversidades e exigências impostas pela pandemia da covid-19, num cenário desafiador e adverso, sobretudo para os(as) usuários(as) dos serviços, com experiências marcadas por tantas vulnerabilidades. Nessas práticas colaborativas, reconhecidas como sinônimo de qualidade dos serviços de saúde, o clima da equipe tem como pilares: a interação e comunicação com grande capacidade de envolvimento entre os membros das equipes; trabalho organizado segundo objetivos comuns; responsabilidades compartilhadas; e promoção da inovação no trabalho. Além disso,

as próprias rodas de conversa do Programa Pensar junto, Fazer com buscaram inovar para tornar esse desafio ainda mais colaborativo, convidando os(as) trabalhadores da saúde a participar de um espaço possível, virtual, remoto de trocas afetivas, científicas e comprometidas para potencializar a produção de novos sentidos sobre matriciamento num contexto de distanciamento físico.

A discussão sobre processos de trabalho e um olhar cauteloso para o que tem sido feito de positivo promove ainda mais reflexões, pensamentos que tateiam caminhos possíveis. Em algumas falas, foi sinalizada a trilha profícua de incrementar a plasticidade da rede, diversificar ofertas de serviços que consigam dialogar com as demandas de usuários(as) do território e mesmo se aproximar ainda mais de redes solidárias. Sim, estamos de concordo: a força-tarefa da saúde faz de tudo para permanecer atuante, mas os obstáculos não só sanitários, mas também políticos e administrativos atropelam iniciativas pontuais exitosas que poderiam ser implementadas sistematicamente. Cabe lembrar que a decisão nacional, que percorreu e percorre todos os níveis estaduais e municipais, de fortalecer o nível terciário em detrimento da atenção primária e, no caso, da especializada em saúde mental, está cobrando seu preço. Naomar de Almeida Filho, desde agosto de 2020, em entrevista intitulada "Vacina não é bala de prata, pandemia exige ações complexas para superar a covid-19", avaliava a negação do papel da atenção primária no enfrentamento da pandemia:

> Avalio que os estados e municípios têm em geral falhado em não utilizar as redes de atenção primária à saúde, com uma abordagem comunitária necessária para o enfrentamento da pandemia. A atuação dessas equipes deveria promover uma vigilância epidemiológica efetiva nos territórios, para bloquear e reduzir o risco de expansão da epidemia, coordenando ações de prevenção primária e secundária à covid-19, com identificação de casos, testagem e busca ativa de contatos, além do apoio ao isolamento domiciliar de casos e contatos. (ALMEIDA FILHO, 2020)

Muitos e muitas participantes reconhecem o matriciamento/apoio matricial como uma estratégia potente até mesmo para promover mudanças nas relações interprofissionais. Porém, essa conduta implica desafios para superação de entraves relacionados seja à implementação das próprias diretrizes antimanicomiais, seja com demandas estruturais do SUS. Nessa direção, Cristiane Castro e Gastão Campos (2016, p. 476) discutem que o matriciamento é posto como processo que "borra a fronteira entre atenção básica e serviços especializados". Ao exigir uma comunicação horizontal, um saber não fragmentado, o matriciamento é radical em sua cultura

de trabalho por confrontar condutas hegemonicamente adotadas. Em particular, no caso da saúde mental em tempos de covid-19, temos que finalizar essas notícias afirmando que a notória articulação entre atenção básica e atenção especializada se mostrou necessária e muito fragilizada para oportunizar o cuidado em saúde mental. Como surgiu em nossa roda de conversa sobre matriciamento, um(a) profissional concluiu: permanecemos em Salvador no marco hospitalocêntrico, "[...] isso justifica o 'passar a bola', em geral para as emergências, em se falando das 'crises'".

Esse drama não parece ser um caso isolado, mas sim concernente a todo o país. Rogério Giannini (2020, p. 24), na entrevista com título "O que causa adoecimento é o descaso", faz a seguinte leitura sobre o impacto da pandemia nas políticas de saúde mental:

> Logo em março, a única regulamentação do Ministério da Cidadania foi a Portaria 340, uma orientação sobre as internações nas comunidades terapêuticas, que diz, com todas as letras, que é necessário dar continuidade aos processos de acolhimento – que, na verdade, são internações. Eles criam um conjunto de orientações para que as pessoas continuem internando, o que é um gigantesco absurdo. Numa pandemia, de acabar com aglomerações e confinamentos. Nos casos impossíveis de acabar com o confinamento, para um grupo menor de internados, você cria protocolos rígidos de cuidado. Mas não houve nada disso. Muito pelo contrário: as internações nas comunidades terapêuticas têm recrudescido. É um quadro desalentador.

Não tendo sido efetivado durante os meses que realizamos as rodas de conversa, segue o matriciamento como um desafio anunciado e agravado na pandemia da covid-19 para todas as pessoas envolvidas no planejamento, organização e execução da oferta da linha de cuidado em saúde mental. Esta indagação de uma trabalhadora deve continuar ressoando nos nossos ouvidos: "Dá pra fazer apoio matricial se a gestão não compreende que o apoio matricial faz parte da política (de saúde mental)?". A resposta, mais ou menos assim, do nosso convidado Gastão Wagner Campos nos oferece o caminho: "o matriciamento precisa ser pautado pela gestão como prioridade de estratégia de cuidado para então vir a compor o processo de trabalho das equipes!".

Para tanto, defendemos que é preciso apostar no fortalecimento do nível de atenção primária, revertendo algumas das decisões normativas da Política Nacional de Atenção Básica de 2017 que dão margens para o esvaziamento de sentidos positivos já alcançados e que reforçam a sua fragmentação em relação aos demais

níveis de atenção à saúde. Aqui, só discutimos uma das estratégias úteis para o melhor funcionamento da atenção primária à saúde e da atenção especializada em saúde mental, o apoio matricial, que é uma pequena porção, embora significativa, da ponta de um *iceberg*.

Referências

ALMEIDA FILHO, N. Vacina não é bala de prata, pandemia exige ações complexas para superar a covid-19. [Entrevista concedida a] João Vitor Santos. *Unisinos*, São Leopoldo, 2020. Disponível em: http://www.ihu.unisinos.br/159-noticias/entrevistas/602215-vacina-nao-e-bala-de-prata-pandemia-exige-acoes-complexas-para-superar-a-quarentena-entrevista-especial-com-naomar-de-almeida-filho. Acesso em: 10 jan. 2021.

ARAGAKI, S. S. *et al*. Entrevistas: negociando sentidos e coproduzindo versões de realidade. *In*: SPINK, M. J. *et al*. (org.). A *produção de informação na pesquisa social*: compartilhando ferramentas. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2014. p. 57-72.

CAMPOS, G. W. S. *Um método para análise e co-gestão de coletivos*. São Paulo: Hucitec, 2000.

CAMPOS, G. W. S. Paidéia e gestão: um ensaio sobre o Apoio Paidéia no trabalho em saúde. *Gastão Wagner*, Campinas, 2002. Disponível em: https://www.gastaowagner.com.br/index.php/2016-05-08-23-30-43/artigos. Acesso em: 31 jul. 2021.

CAMPOS, G. W. S.; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 399-407, 2007.

CARDOSO, B. B. A implementação do Auxílio Emergencial como medida excepcional de proteção social. *Revista de Administração* Pública, Rio de Janeiro, v. 54, n. 4, p. 1052-1063, 2020. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-76122020000401052&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 6 fev. 2021.

CASTRO, C. P.; CAMPOS, G. W. S. Apoio matricial como articulador das relações interprofissionais entre serviços especializados e atenção primária à saúde. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 455-481, 2016.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. Governo da Bahia investe em uma nova ferramenta de gestão para a saúde. *Conass*, Brasília, DF, 23 jan. 2019. Disponível em: https://www.conass.org.br/governo-da-bahia-investe-em-nova-ferramenta-de-gestao-para-saude/. Acesso em: 26 jul. 2021.

FOUCAULT, M. *História da loucura na Idade Clássica*. São Paulo: Perspectiva. 2008.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. *Saúde mental e atenção psicossocial na pandemia da covid-19*: recomendações gerais. Rio de Janeiro: Fiocruz; Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020.

GERGEN, K. J. O movimento do construcionismo social na psicologia moderna. Tradução E. J. Soar Filho. *Revista Internacional Interdisciplinar*, Florianópolis, v. 6, n. 1, 2009.

GIANNINI, R. O que causa adoecimento é o descaso. *Radis*: Comunicação e Saúde, Rio de Janeiro, n. 217, p. 24-25, out. 2020.

GILBERTO Gil – Marginália II (1968). [*S. l.*]: [*s. n.*]: 2016. 1 vídeo (2 min). Publicado pelo canal Gilberto Gil. Disponível em: https://www.youtube.com/watch?v=e1udrJwWnPk. Acesso em: 5 abr. 2021.

GIOVANELLA, L. *et al.* Negacionismo, desdém e mortes: notas sobre a atuação criminosa do governo federal brasileiro no enfrentamento da covid-19. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 44, n. 126, p. 895-901, 2020. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042020000300895&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 24 mar. 2021.

MATRAGA, M. V. Tempo sem sol. *In*: MATRAGA, M. V. *Poemicídios e outras mortes*. São Paulo: Hucitec, 2021. p. 135.

MERHY, E.; FRANCO, T. Por uma composição técnica do trabalho centrada nas tecnologias leves e no campo relacional. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 65, 2003. Disponível em: https://www.pucsp.br/prosaude/downloads/territorio/composicao_tecnica_do_trabalho_emerson_merhy_tulio_franco.pdf. Acesso em: 26 jul. 2021.

NEGROGNO, L. C'è ancora spazio per la Global Mental Health ai tempi del covid-19? *Una Certa Idea de…*, [*s. l.*], 2020. Disponível em: https://unacertaideadi.altervista.org/2020/03/ce-ancora-spazio-per-la-global-mental-health-ai-tempi-del-covid-19/. Acesso em: 26 jul. 2021.

PEDUZZI, M.; AGRELI, H. F. Trabalho em equipe e prática colaborativa na Atenção Primária à Saúde. *Interface*, Botucatu, v. 22, n. 2, p. 1525-1534, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832018000601525&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 18 mar. 2021.

RASERA, E. F.; JAPUR, M. Os sentidos da construção social: o convite construcionista para a Psicologia. *Paidéia*, Ribeirão Preto, v. 15, n. 30, p. 21-29, 2005.

RENTE, M. A. M.; MERHY, E. E. Luto e não-violência em tempos de pandemia: precariedade, saúde mental e modos outros de viver. *Psicologia e Sociedade*, Belo Horizonte, v. 32, 2020. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822020000100406&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 17 fev. 2021.

SALA, E.; LIMA, M. Aspectos teórico-metodológicos e éticos na pesquisa qualitativa em psicologia social de base construcionista. *Quaderns de Psicologia*, Barcelona, v. 22, n. 3, 2020.

SILVA, T. P. A. O desmonte da política nacional de atenção básica (PNAB 2017) sob a forte influência do lobby dos planos de saúde suplementar no Brasil. *Espaço Público*, Recife, v. 2, p. 107-113, 2018.

SPINK, M. J. *Linguagem e produção de sentidos no cotidiano*. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2010.

SPINK, M. J.; MEDRADO, B. Uma abordagem teórico-metodológica para análise das práticas discursivas. *In*: SPINK, M. J. (org.). *Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano*: aproximações teóricas e metodológicas. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2013. p. 22-41.

SPINK, M. J.; FREZZA, R. M. Práticas discursivas e produção de sentido. *In*: SPINK, M. J. (org.). *Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano*: aproximações teóricas e metodológicas. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2013. p. 1-21.

SOARES, A.; SANTOS, N. R. Financiamento do Sistema Único de Saúde nos governos FHC, Lula e Dilma. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 38, n. 100, p. 18-25, 2014.

VELOSO, C. *Fora de ordem*. Rio de Janeiro: Elektra Nonesuch, 1991. 1 vídeo (5 min). Publicado pelo canal Caetano Veloso. Disponível em: https://www.youtube.com/watch?v=eqMcE2lEFWg. Acesso em: 5 abr. 2021.

VELOSO, C. *Gente*. Rio de Janeiro: Philips. 1977. 1 vídeo (3 min). Publicado pelo canal Valdir Zacarias. Disponível em: https://www.youtube.com/watch?v=D9aG6E36PO4&list=PLJxcL6U7COZuN3Pnw-8Lx7zR907QUyJBz&index=3. Acesso em: 26 jul. 2021.

5ª SEÇÃO

ASSISTÊNCIA SOCIAL, VULNERABILIDADES SOCIAIS E SAÚDE MENTAL

Título da ilustração:
Territórios afetivos.
Molije, 2021.

COVID-19 E A POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA

práticas de cuidado desenvolvidas em Salvador-BA

ANANDA GENONÁDIO • NATALIE SANTOS B. TEDESQUI • SUELY AIRES

Com o advento do surto de coronavírus (Sars-CoV-2), sua grande transmissibilidade e gravidade clínica, em um contexto no qual não havia planos de contingência construídos, foram recomendadas, pela Organização Mundial de Saúde (OMS), Ministério de Saúde do Brasil e outras organizações, medidas de prevenção baseadas em estratégias de contenção de outros vírus respiratórios. (FREITAS; NAPIMOGA; DONALISIO, 2020) O vírus chegou ao Brasil por meio de rotas internacionais; o início do processo de transmissão comunitária se deu, portanto, nos segmentos de maior poder aquisitivo e se alastrou posteriormente para outros públicos mais vulneráveis. Segundo a Secretaria de Saúde da Bahia (Sesab), as primeiras duas mortes notificadas na Bahia foram de um porteiro de condomínio de luxo e de uma empregada doméstica, (BAHIA, 2020) indicando a ampliação do risco para trabalhadores e pessoas de classes menos abastadas, que não podem seguir as recomendações de distanciamento físico e isolamento.

A partir do avanço da pandemia, foram traçadas estratégias específicas de cuidados para a população em geral, como o uso obrigatório de máscara, medição de temperatura, restrições de trânsito e funcionamento de serviços, bem como orientações voltadas para grupos específicos que se expõem mais ao vírus, das quais destacamos o rodízio laboral entre profissionais de saúde, redução da carga horária de trabalho presencial e redução da frota de ônibus. Em relação à População em Situação de Rua (PSR), não houve, inicialmente, nenhuma diretriz específica.

A Política Nacional para a População em Situação de Rua (PNPR), instituída pelo Decreto nº 7.053/2009, caracteriza a PSR como:

> […] um grupo populacional heterogêneo que possui em comum a pobreza extrema, os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados e a inexistência de moradia convencional regular, e que utiliza os logradouros públicos e as áreas degradadas como espaço de moradia e de sustento, de forma temporária ou permanente, bem como as unidades de acolhimento para pernoite temporário ou como moradia provisória. (BRASIL, 2009, p. 16)

Assim, nota-se que, apesar da heterogeneidade do grupo e das diversas formas de estar no mundo, há aspectos frequentes e comuns vivenciados por essas pessoas, em especial a desassistência e a fragilidade no laço social. Historicamente, essa população vivencia, em seu cotidiano, alto grau de risco, vulnerabilidade e violência, visto que "a pobreza extrema e a falta de amparo social levam as pessoas a viverem nas ruas". (CALMON, 2020, p. 132) Em Salvador, a realidade da população em situação de rua é semelhante àquela de outros grandes centros urbanos: essas pessoas possuem uma trajetória de vida marcada por diversas violências, não só familiares, mas também institucionais, com negação de direitos e prisões arbitrárias. O uso de substâncias psicoativas muitas vezes torna-se uma estratégia para sobreviver às intempéries das ruas: fome, solidão, medo e mais violências. (CALMON, 2020)Entendendo a importância de conter a propagação do vírus e compreendendo a especificidade desse grupo, faz-se necessário construir estratégias específicas para o cuidado de um grupo populacional que tem se fragilizado ainda mais no período da pandemia da covid-19. Ao contrário do que foi veiculado na grande mídia brasileira, a pandemia não mata tão indiscriminadamente assim. Boaventura de Souza Santos (2020) demonstra que a pandemia é menos discriminatória que o machismo, o racismo, o capacitismo e outras formas de opressão existentes no mundo. Entretanto, continua fazendo o maior número de vítimas entre aqueles que estão em situação de vulnerabilidade, com destaque para negros e negras, mulheres e pessoas em situação de rua que já estão mais expostas à contaminação e que possuem dificuldade no acesso a serviços de saúde por conta das suas condições de vida. No Brasil, milhões de pessoas estão expostas à miséria e à pobreza. Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a pobreza é vivenciada, em sua maioria, por pardos e pretos que representam 72,7% do quadro geral; em números absolutos, são 38,1 milhões de pessoas. (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSCA, 2020) Tendo em vista esse marcador, entendemos que é preciso abordar e analisar as relações raciais e o processo de exclusão social,

culminando na reflexão acerca do projeto de vida que o Estado brasileiro oferta para essas pessoas. Nesse sentido, resgatamos a teorização do filósofo camaronês Achille Mbembe (2016), que discute como o mundo contemporâneo submete diversas populações a um grau tão profundo de exclusão, violência e negação de direitos, que essas pessoas recebem o status de "mortos-vivos", corpos sem subjetividade reconhecida e expostos à morte.

Como apontam dados da Secretaria Municipal de Saúde de Salvador (2020b), a PSR corre mais risco de morte pela covid-19, devido aos determinantes sociais da saúde (DSS), ou seja, dos fatores socioeconômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam no processo de saúde-doença e seus fatores de risco (BUSS; PELLEGRINI, 2007) e às comorbidades, que têm prevalência no grupo (HIV, tuberculose, diabetes, hipertensão, adoecimento psíquico, tabagismo, entre outras), as quais representam um fator de risco para complicações e óbito pela covid-19. Ademais, é importante considerar que as medidas de prevenção e contenção da covid-19 não são de aplicação universal, mas, sim, seletivas e excludentes. (SANTOS, 2020) Para essa população, que encontra sua fonte de renda nos trabalhos informais feitos no dia a dia (os "corres"), que não possui uma estrutura física de morada, que não possui acesso à água potável ou a recursos financeiros suficientes para a obtenção de máscaras, álcool em gel e insumos de higiene, seguir as recomendações de isolamento, restrição de circulação e distanciamento físico, que foram feitas pelas Agências de Saúde, torna-se quase impossível.

O Decreto Municipal nº 32.280/2020 define medidas para o enfrentamento da pandemia decorrente do coronavírus, dentre elas o fechamento de diversos estabelecimentos comerciais, suspensão de atividades e eventos e restrição quanto ao número de pessoas em atividades conjuntas. A adoção das estratégias de isolamento social, juntamente com o medo do inimigo invisível que paira na cidade, provocou o esvaziamento das ruas, o que causou grande impacto para a população que vive nos territórios urbanos. Sem os movimentos nas ruas, as ofertas de "corres" diminuíram significativamente; serviços especializados que atendiam essa população foram fechados ou entraram em horário especial de funcionamento; as doações ofertadas pela população ou Organizações Não Governamentais (ONGs) também foram reduzidas. Buscando chamar a atenção para as condições concretas da população em situação de rua, o Programa Emergencial de Extensão Pensar junto, Fazer com: saúde mental em tempo de covid-19[1] realizou, em 2 de abril de 2020, uma roda de conversa com diferentes atores e serviços de apoio à PSR como estratégia para problematização do cuidado e garantia de direitos para essa população.

1 Programa Emergencial de Extensão Pensar junto, Fazer com: saúde mental em tempo de covid-19.

Nesse contexto, reconhecemos que se soma à quase impossibilidade de seguir as recomendações preventivas as barreiras históricas que dificultam o acesso aos serviços de saúde em decorrência do racismo (estrutural e institucional) e preconceito. Esse contexto gerou um grande impacto para as pessoas em situação de rua e exigiu que as equipes do Programa Corra Pro Abraço e do Consultório na Rua (CnaR), que se mantiveram em território nesse momento, repensassem a forma de atuação, adequando suas práticas às novas necessidades, e discutissem os modos de produção de um fazer clínico-político em tempos de pandemia.

Unidade de Apoio na Rua (UAR) e a estratégia do Corra pro Abraço para o cuidado em tempos de pandemia

O Programa Corra pro Abraço surge nas ruas de Salvador, no ano de 2013, vinculado à Secretária de Justiça, Direitos Humanos e Desenvolvimento Social do Estado da Bahia (SJDHDS). Divulgando a ideia de que "outros caminhos são possíveis", as equipes multiprofissionais atuam em diversos territórios da cidade que são marcados pela violência, exclusão e uso abusivo de substâncias psicoativas (SPAs). Com uma abordagem acolhedora e lúdica, o Corra, como é carinhosamente chamado, utiliza como princípios metodológicos as tecnologias leves em saúde – acolhimento, construção de vínculo e escuta qualificada – (SECRETARIA DE JUSTIÇA, DIREITOS HUMANOS E DESENVOLVIMENTO SOCIAL; CENTRO DE REFERÊNCIA INTEGRAL DE ADOLESCENTES, 2016) e tem como principal objetivo a promoção da cidadania e garantia de direitos das pessoas em situação de vulnerabilidade e/ou em uso abusivo de SPAs.

O programa construiu suas bases éticas, políticas e metodológicas a partir da inspiração em diversos movimentos que defendem os direitos humanos. Aqui, destacamos as reformas psiquiátrica e sanitária e os movimentos sociais antiproibicionistas, antimanicomiais, antirracistas e feministas. Configura-se, então, como um programa de redução de riscos e danos que utiliza a arteducação como tecnologia diferencial para a produção de cuidado e de novos sentidos nas ruas. Nessa direção, aposta na atenção psicossocial, no cuidado integral com respeito à autonomia dos assistidos, feito em território e em liberdade, considerando as subjetividades, as histórias e os modos de vida de cada um e cada uma e construído em rede, seja ela formal – serviços – ou informal – movimentos sociais e ONGs. (ARAÚJO; SAAD, 2020) Desde 2018, o Corra pro Abraço conta com o suporte de duas Unidades de Apoio na Rua (UAR), atualmente localizadas na praça dos Mares e na ladeira da

Fonte das Pedras, em Salvador-Bahia. A estrutura física é composta por um contêiner de, aproximadamente, 2 m² que conta com cabines, com vaso sanitário e com chuveiro, além de uma sala e uma recepção. A equipe é multiprofissional, sendo composta por assistente social, auxiliar de serviços gerais, psicóloga, redutor de danos e supervisor. Trata-se de uma estratégia de permanência em campo que se mantém disponível para uso das 8h às 17h. Na unidade, é ofertado o uso do banho e do sanitário, insumos de higiene (sabonete, shampoo, condicionador, creme dental, escova de dentes, absorvente), preservativos, lubrificante, água potável, dentre outros. A distribuição de insumos e o ponto de apoio para a higienização geram aproximação com o público e a possibilidade de discussão sobre temas como, por exemplo, saúde sexual, redução de danos e autocuidado. (ARAÚJO; SAAD, 2020) Além disso, nesse espaço ocorrem diversas oficinas, com variadas temáticas, atividades lúdicas, acolhimento, escuta singularizada, auxílio para acesso a serviços das redes de saúde, justiça e assistência social, auxílio para retirada de documentação, acompanhamento dos assistidos[2] a esses serviços e articulação com a rede para suprir as demandas apresentadas, por eles, à equipe. A experiência aqui relatada transcorreu na UAR dos Mares: o bairro está localizado na cidade baixa, em uma zona comercial e próxima à praia do Canta Galo. A unidade funciona como um ponto de encontro no meio da praça, um espaço de convivência entre os assistidos, os técnicos do programa e técnicos de outros serviços.

O público que atendemos é bem semelhante ao público do Corra em termos gerais. De acordo com o segundo relatório de execução do programa (2019), em sua maioria são homens (72%), autodeclarados negros (72,9%, sendo 32,6% pardos e 40,3% pretos) e jovens adultos (53% estão na faixa etária 18-39 anos). É sabido que Salvador é a capital proporcionalmente mais negra do Brasil. Segundo dados do IBGE divulgados em 2017, 82,7% da população soteropolitana se autodeclara negra, sendo 36,5% pretos e 45,6% pardos. (ALENCAR, 2018) Entretanto, não podemos utilizar a lógica da proporção para justificar a maioria de pessoas negras vivendo nas ruas de Salvador; o contraponto é evidente quando você frequenta os locais mais privilegiados da cidade, estes são predominantemente embranquecidos. Silvio Almeida (2018), ao descrever o racismo como estrutural, afirma que esse se expressa concretamente nas desigualdades políticas, sociais, econômicas e jurídicas – nas quais negros e negras estão sempre colocados em posição de inferioridade em comparação às pessoas brancas.

Com o advento do avanço do novo coronavírus e a situação de pandemia, o trabalho da equipe precisou ser repensado. Uma série de decretos municipais orientou

2 Nomenclatura utilizada para referir-se às pessoas que são atendidas pelo Programa Corra pro Abraço.

a forma de funcionamento da cidade a partir de então: uso obrigatório de máscaras, limitação da circulação em bairros, fechamento de parques, praças, estabelecimentos comerciais, dentre outras. As principais orientações sanitárias são: ficar em casa, lavar sempre as mãos e usar álcool em gel para higienização. Mas, como aplicar estas orientações em um contexto de trabalho que é feito na rua, em praças, em rodas com várias pessoas? Como aplicar o distanciamento social em um contêiner de 2 m^2? Como fazer com que essas medidas sejam seguidas por pessoas que não têm casa e, tampouco, acesso à água potável e a materiais de higiene de maneira irrestrita?

Diante da urgência em continuar ofertando o cuidado nas ruas, foi organizada a campanha Corra para a Prevenção, que instituiu protocolos de segurança, prevenção e combate ao coronavírus junto à população em situação de rua. A campanha foi construída em conformidade com as demandas apresentadas pelos assistidos, contando com o apoio de diversas instituições públicas e privadas. Inicialmente, foi identificado o aumento da fome nos territórios e a necessidade da oferta de alimentação; foram realizadas, então, distribuição de kits lanche e cestas básicas. Houve também a ampliação da distribuição dos kits de higiene e redução de danos e instalação de pias comunitárias.

O uso de equipamentos de proteção individual (EPIs) e a necessidade do afastamento físico foram um grande desafio para a equipe e para os assistidos. A construção do vínculo, o olho no olho, os apertos de mãos e abraços, e as escutas singularizadas são tecnologias de extrema importância para o trabalho desenvolvido no Corra. Vem delas a construção das relações de confiança, ações de redução de riscos e danos, identificações de demandas e suas efetivações. Durante a campanha, foi preciso ressignificar esse afastamento físico, a impossibilidade do toque, o uso dos EPIs que escondem os rostos, para que fosse possível continuar acolhendo e cuidando.

A equipe divulgava diariamente informações sobre a situação da pandemia no país e modos de prevenção, sempre adequando à realidade concreta dos assistidos. Essa comunicação diária foi potencializada, posteriormente, com o retorno da arteducação e a chegada de um educador social na equipe. Houve também a realização dos cursos profissionalizantes de Iniciação à Permacultura e Práticas de Jardinagem e Sistemas e Produtos Permaculturais. As atividades grupais foram realizadas ao ar livre, na praça dos Mares, com número reduzido de pessoas e distribuição de máscaras para todos os participantes. O retorno dessas atividades foi de extrema relevância para os assistidos, já que elas fortalecem os vínculos dos envolvidos, apresentam novos conhecimentos e auxiliam na promoção de bem-estar e saúde mental.

Consultório na Rua: a atenção básica no cuidado em território e a pandemia

A PNPR tem como um dos seus objetivos a garantia de acesso amplo, simplificado e seguro aos serviços das redes de saúde, assistência social e moradia, entre outros. No entanto, é sabido que há uma grande dificuldade e, por vezes, recusa de acesso das pessoas em situação de rua a esses serviços em função do estigma social construído e compartilhado sobre o grupo e que impacta diretamente na forma como os profissionais atuam. O racismo estrutural e institucional, o preconceito contra pessoas em situação de rua e mais uma série de outras barreiras aprofundam o abismo e a distância entre essas pessoas e os serviços de saúde, em especial a rede de Atenção Básica, que se configura como porta de entrada à rede.

Além da dificuldade de acesso, o uso abusivo de substâncias psicoativas, a violência, a fome, a falta de moradia e saneamento trazem uma série de impactos à saúde dessa população que, somados a práticas de invisibilização e desumanização, intensificam o processo de vulnerabilização dessa população. Nesse contexto, de modo a promover a equidade – um dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) –, é publicada a Portaria nº 122, de 25 de janeiro de 2011, que define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua (eCR).

O art. 2º da Portaria nº 122 define que "as equipes são multiprofissionais e lidam com os diferentes problemas e necessidades de saúde da população em situação de rua", (BRASIL, 2011a) compondo o nível básico da Rede de Atenção Psicossocial (Raps) (BRASIL, 2011b) e desenvolvendo ações da Atenção Básica (AB). Dessa forma, como as ações da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), o fio condutor que circunscreve o cuidado realizado pelas eCR parte da concepção ampliada e integral da saúde e inclui aspectos fundamentais como a territorialização, o cuidado longitudinal e centrado na pessoa. (BRASIL, 2012) Souza e Macerata (2015, p. 5) afirmam que esse novo modelo de atenção tem

> [...] potencial para alterar a ação das ESF [Estratégia de Saúde da Família] tradicional, ao adentrar um espaço com um funcionamento muito diferente na cidade: a rua como território de vida; território que impõe a quebra da lógica domiciliar da ESF tradicional, e uma nova maneira de considerar e operar no território e na clínica.

Essas equipes têm como foco a promoção de saúde integral à PSR, baseando-se na perspectiva da redução de danos, e desenvolvem o trabalho principalmente por

meio de itinerâncias e interlocuções com as demais redes, por entender a complexidade das questões do público-alvo.

Em Salvador, após a regulamentação via portarias, houve a implementação inicialmente de três eCR, sendo uma na região de Brotas e duas no território do centro histórico. Em 2020, em decorrência da pandemia da covid-19, houve reestruturação e ampliação de serviços de saúde para dar conta da nova e crescente demanda; assim, as equipes de Consultório na Rua (CnaR) de Salvador passaram por um processo de terceirização (Projeto Girassóis de Rua), por meio do qual foram implantadas duas novas equipes e efetuada a reestruturação das equipes já existentes, com novos recursos humanos e físicos. Nesse novo contexto de trabalho, as equipes ainda têm sua ação articulada às Unidades Básicas de Saúde (UBS), Unidades de Saúde da Família (USF), Centros de Atenção Psicossocial (Caps) e serviços de urgência e emergência dos distritos sanitários onde cada equipe está inscrita.

Desse modo, após grande mobilização civil e dos grupos de trabalhos (GTs) da Saúde da População em Situação de Rua e Saúde da População Negra, o CnaR de Itapuã (do qual a experiência relatada a seguir trata) passa a existir. Cabe destacar que essa mobilização se deu, em grande parte, motivada pela escassez de serviços e crescente concentração da demanda, resultando, portanto, em maior vulnerabilidade dos usuários acompanhados, em comparação com as pessoas que produzem suas vidas nas ruas do centro histórico de Salvador.

Assim, foi um grande desafio implementar um serviço no contexto da pandemia. Devido a diversas mudanças bruscas no dia a dia das pessoas e das instituições e à falta de informação acerca do vírus, houve grande sensação de insegurança, o que produziu impacto nas relações entre profissionais, usuários e aparatos da rede.

Nesse ínterim, com profissionais oriundos de diversas áreas de formação e atuação, foi sendo construído "como deve ser um consultório na rua em Itapuã", a partir de conversas com agentes das redes, lideranças e referências comunitárias. Com a presença e suporte do GT Pop Rua do DSI (Distrito Sanitário de Itapuã, um dos doze de Salvador), foi feita uma incursão no território para entender as suas especificidades, rotinas, estruturas, demandas e lacunas. Nesse sentido, foi fundamental compreender o território para a apreensão da realidade social, de modo a olhar para Itapuã para além de sua condição de fonte de inspiração para músicos e poetas, e sim como o território das Ganhadeiras de Itapuã, das Lavadeiras, da Vila de Pescadores, do Malê, dos areais e grandes áreas de preservação ambiental, das pessoas em situação de rua, das comunidades… Uma aproximação ao território vivido no cotidiano e não cantado em verso e prosa.

Como afirma Santos (1997), é o uso do território e não o território, em si mesmo, que faz dele um objeto de análise social e um espaço de construção de identidade

social e coletiva. Ver e reconhecer a Itapuã boêmia e com comércio aquecido, em um momento em que a vida estava com restrições de funcionamento, foi essencial para a construção de um dispositivo que se adequasse às necessidades e ao modo de vida dos "itapuãnzenses". Assim, tentou-se transpor as barreiras da diferença do lugar social ocupado pelos sujeitos envolvidos na clínica, voltando-se para o território como produto de relações sociais das quais o usuário é protagonista, ainda que de forma desigual, (SANTOS; NUNES, 2011) para afinar a prática clínica. Igualmente, o vínculo que as profissionais que compõem o GT Pop Rua tinham com os usuários e com o território foi imprescindível. O corpo do CnaR – que se mostrou recurso significativo na relação – estava interditado: o uso constante de EPIs (máscaras, aventais, toucas e luvas) gera estranheza a quem olha e se configura como uma barreira (literal e simbólica) ao contato e não foi diferente na relação entre PSR e CnaR Itapuã. A barreira foi atenuada pelo empréstimo do corpo (e do vínculo) que a equipe do GT possuía com o território e com o público-alvo, se configurando como um empréstimo de transferência.

Hoje, o CnaR Itapuã despiu-se das barreiras, mantendo o uso de máscaras (e demais EPIs, apenas quando necessário) e vem construindo sua própria relação transferencial com os quase novecentos usuários cadastrados, com demandas que vão desde a retirada de documentação e encaminhamento às redes de justiça e assistência até acompanhamento de questões de saúde, ou demandas que apareçam como prioridades para os sujeitos acompanhados. O trabalho pedagógico, articulado e em rede é necessário para alcançar o objetivo de promover e ampliar o acesso da PSR às redes já que, como mostram os dados do Sumário Executivo, (CARVALHO; SANTANA; VEZEDEK, 2017) a experiência de violação de direitos, pela negação de acesso, é comum e se dá em diversas instituições/serviços como: 16,3% dos usuários que relataram ter sofrido tais violências em unidades de saúde (hospitais, postos de saúde, Caps etc.); 3,7% nos centros POP; 2,2% em abrigos/albergues; 1,5% nos Cras; 1,5% em Unidades de Acolhimento Institucional (UAIs), entre outros.

Diante dessas violências e da intensificação da negação do acesso – com a proibição, por exemplo, do acesso aos serviços sem máscara, quando se poderia ofertar máscaras descartáveis a quem não possui –, além da urgência de ações de enfrentamento a covid-19, as práticas do serviço construíram-se de forma adaptada às medidas e restrições sanitárias. Nesse contexto, as rodas, oficinas e ações tiveram que ser pensadas com metodologias que não colocassem os usuários em risco, mas que também se adequassem a suas dinâmicas e demandas. Fomos questionados e nos questionamos, algumas vezes, sobre essas adaptações frente a todos os fatores que já são cotidianos e corriqueiros na vida das pessoas que acompanhamos: para

que manter o distanciamento se já há uma dinâmica de funcionamento no qual as pessoas ficam agrupadas? Como falar sobre a necessidade do uso das máscaras e higiene das mãos se não há máscaras para ofertar? Como fazer monitoramento se, quando há manifestação de sintomas, estes são diversos e frequentes no contexto da rua? Como incentivar o automonitoramento se há tantas outras urgências para dar conta, se é preciso pensar no que comer antes mesmo de prestar atenção se tenho manifestado tosse?

Além de todas essas questões do público específico, há ainda a conjuntura política do Brasil, com a negação da ciência e da própria existência e gravidade de uma pandemia que enfrentamos. Estar na linha de combate do coronavírus passa, também, por ter um olhar sensível, pedagógico, político e horizontal para lidar com a negação, os mitos, as informações falsas e a não acessibilidade de algumas informações. É um desafio diário construir um cuidado na rua que não crie muros entre o assistido em sua interpretação de mundo – "maloqueiro não pega corona porque o álcool mata tudo e deus protege porque nós estamos na rua" – e as recomendações sanitárias.

O vínculo como tecnologia no enfrentamento às políticas de morte e produtor de outros caminhos possíveis

A desigualdade social e a pobreza extrema, aliadas ao racismo, geram uma série de violências e danos, não apenas físicos, mas também sociais, simbólicos e culturais. Flach (2019) reflete sobre o papel incisivo do Estado ou o seu retraimento neste cenário social de destituição de direitos. A realidade encontrada nas ruas é a da dificuldade para o acesso a direitos básicos como moradia, alimentação e direito à saúde – retraimento do Estado –, e, por outro lado, o Estado se torna incisivo ao perpetuar a criminalização da pobreza, o controle social, a repressão policial, o isolamento das favelas e o genocídio e encarceramento em massa da juventude negra. Em contradição, esse mesmo Estado é representado pelos dispositivos que trabalham na contramão dessa lógica – o Corra vinculado ao pacto pela vida, e o Cnar vinculado à prefeitura. Esse é um lugar complexo e difícil de ser ocupado. A autora ressalta o sentimento de impotência que surge diante dessa contradição e da relevância dos profissionais de rua para a modificação desta realidade:

> Sua dor também está no sentimento de impotência diante do sistema. Mas, lutar para mudar o sistema é o trabalho das equipes de rua. E aí, também, está a força do trabalhador de rua que reconhece a sua impotência, sua fragilidade que também é sua força quando sabida. Quem

> não reconhece sua impotência só transporta o usuário para o serviço de saúde e o deixa lá, para cumprir seu destino de morte. (FLACH, 2019, p. 274)

Dada essa conjectura, trabalhar com populações vulneráveis é trabalhar com a morte, é dia a dia olhar nos seus olhos e decidir enfrentá-la. É resistir, cotidianamente, às mortes simbólicas e subjetivas e às mortes reais. As mortes simbólicas presentificam-se pela via da negação dos direitos e, portanto, da própria cidadania – e da escassa possibilidade real do exercício dessa anulação da capacidade de ação do sujeito, ocupando um lugar de desumanidade. (MBEMBE, 2016) Se, quando noto a existência, não é uma existência que me importa e que reconheço como digna, condeno-a a ocupar um lugar periférico na cidade (e na sociedade) ou, se é uma existência que gera incômodo, ajo sobre ela levando em conta os meus valores e mato o subjetivo que constitui aquela pessoa. Desumanizo-a em ambos os processos. Invisibilidade e morte é o destino de ambos os caminhos.

O contexto das pessoas em situação de rua em Salvador não é muito diferente daquele de outros grandes centros urbanos, marcado por uma fragilidade da vida e dos direitos, pela exclusão cotidiana que as torna vítimas de operações de limpeza social, de agressões por parte da força policial, à mercê das mudanças climáticas e tantas outras. (SOUZA; MACERATA, 2015) Ao longo das páginas da tese de Flach (2019, p. 133), encontramos diversos relatos que apontam para um processo de normalização da morte: "matar e morrer como parte do cotidiano marca a história daquelas pessoas, de todas aquelas pessoas" e é possível que esse processo se dê também como estratégia de resistência e afronta às políticas de morte – se normaliza para não sofrer tanto, para não morrer tanto, para existir.

Mbembe (2016), ao apresentar o conceito de necropolítica, nos informa sobre o poder que o Estado detém em validar qual vida vale viver e qual pode ser exterminada. O direito de matar é direcionado para grupos marginalizados que são escolhidos como inimigos da população e do Estado, sendo esses grupos destituídos de sua humanização e cidadania. Mas, como esses grupos inimigos são escolhidos? A quem é conferida a desumanidade? Mbembe (2016) expõe o racismo como uma tecnologia destinada a permitir o exercício de poder sobre a vida.

A morte se combate com a produção de vida. Nesse choque, fazem-se necessários dispositivos de cuidado que deem espaço à emergência do sujeito e à possibilidade de subjetivação, e que haja tecnologias relacionais, de encontro e (re) construção de subjetividades. (MERHY, 2002) Talvez, por isso, quando se olha para os dois dispositivos – Cnar e Corra –, a primeira dimensão percebida é a do afeto.

> [...] [afeto] refere à capacidade de afetar e ser afetado produzindo positividades ou alegrias e aumentando a potência para agir e/ou produzindo negatividades ou tristezas que diminuem a potência de vida. Nesta perspectiva, os encontros – e os afetos – se configuram como uma primeira intervenção no processo de cuidado [...]. (FLACH, 2019, p. 132)

Em conformidade com as diretrizes e princípios que norteiam um trabalho na rua com compromisso ético-político, torna-se necessário uma variedade de estratégias de produção de vínculo, acolhimento e escuta que produzam subjetivação. Por ser um trabalho vivo que vai na contramão da lógica hegemônica, às vezes, mostra-se uma construção árdua e, por vezes, solitária que também resiste por meio do afeto e do vínculo.

O que configura essa mudança na abordagem do cuidado é a inversão das tecnologias de trabalho, como indicam Franco e Merhy (2012); não deixar de fazer uso das tecnologias duras (instrumentos como exames, medicamentos, estrutura física e organizacional) e leve-duras (conhecimento técnico-teórico, como psicologia, medicina, sanitarismo); essas continuam sendo fundamentais, mas a centralidade é ocupada pelas tecnologias relacionais (leves) que retroagem sobre as demais tecnologias, qualificando ainda mais as tecnologias duras e leve-duras. É na relação, com vínculo, disponibilidade, respeito às singularidades e aposta na vida que se produz cuidado em saúde, que se enfrenta a morte. É preciso que tais práticas aumentem as possibilidades de governabilidade e autonomia do sujeito sobre sua vida, (RINALDI; LIMA, 2006) que sejam fortalecidas e combatam a morte cotidiana, de modo a reconhecer (e fazer reconhecer) o outro como sujeito autônomo capaz de tomar decisões e fazer escolhas, inclusive quanto às ações propostas pelos profissionais.

Para uma construção ético-política-transformadora e produtora de vida para pessoas em situação de rua, a atuação pela via do afeto e do vínculo se mostra fundamental. Não é uma estrada fácil, como trabalhadoras, sustentar essa construção. Às vezes, o afeto nos convoca tanto que é preciso manejar para não perder de vista o cunho terapêutico, o tempo das coisas – nosso, do usuário, das instituições – e a centralidade da autonomia da pessoa que acompanhamos. O limite às vezes é tênue, e reiteradamente é preciso deixar a poeira baixar e lembrar que não é "por ele/ela", mas sim "com ele/ela", mesmo que a gente volte mil vezes, mesmo que a gente tenha que reconstruir. Nesses momentos, é também na equipe que a gente se apoia, repensa e planeja nos espaços das reuniões multiprofissionais, de discussão de casos e os momentos de supervisão clínico-institucional.

Essa sustentação é possível também porque o vínculo nos diz, seguidamente, o porquê e para que estamos aqui. Estamos aqui porque escolhemos cotidianamente

não recuar diante do sofrimento sociopolítico. Estar nas ruas, atuando em territórios de extrema vulnerabilidade e violência é se colocar na linha de frente e de peito aberto para acolher as consequências desse cenário, é lidar frequentemente com sofrimentos para os quais, na maioria das vezes, nós – como humanas e profissionais – não temos soluções. Por vezes, dói. Mas o vínculo nos segura e nos lembra que a produção de vida e transformação social são processos coletivos e é por eles que lutamos.

Através das tecnologias ofertadas pelo Consultório na Rua e pelo Programa Corra pro Abraço, há o fomento da produção de modos de subjetividade singulares que surgem como desarticuladores da política de morte. A cada acompanhamento que gera a garantia de um direito; a cada escuta que gera um alívio, um reposicionamento subjetivo, estamos desafiando esta lógica hegemônica. A reversão dessa ordem é um processo coletivo construído com afeto, compromisso ético-político, conhecimento científico e luta pela garantia de direitos.

Referências

ALENCAR, I. Com capital mais negra do país, Bahia ganha aplicativo gratuito para registro de denúncias contra racismo e intolerância religiosa. *G1*, Salvador, 19 nov. 2019. Disponível em: https://g1.globo.com/ba/bahia/noticia/2018/11/19/com-a-capital-mais-negra-do-pais-bahia-ganha-aplicativo-gratuito-para-registro-de-denuncias-contra-racismo-e-intolerancia-religiosa.ghtml. Acesso em: 8 jan. 2021.

ALMEIDA, S. L. *O que é racismo estrutural?* Belo Horizonte: Letramento, 2018.

ARAÚJO, E. T.; SAAD, L. *Outros caminhos são possíveis – Corra pro Abraço*: ação pública de redução de riscos e danos para populações vulneráveis. Salvador: Comunidade, Cidadania e Vida, 2020.

BAHIA. Secretaria de Saúde do Estado da Bahia. *Orientações técnicas para a investigação e notificação de casos de covid-19 relacionados ao trabalho.* Salvador: Sesab, 2020. Disponível em: http://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2020/09/OrientacoesTecnicasCasoscovid-19_atualizado.pdf. Acesso em: 3 dez. 2020.

BRASIL. Decreto nº 7.053 de 23 de dez. de 2009. Institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*: Brasília, DF, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Atenção Básica.* Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 122, de 25 de janeiro de 2011. Define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua. *Diário Oficial da União*: Brasília, DF, 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da Uni*ão: Brasília, DF, 2011b.

BUSS, P. M.; FILHO, A. P. A saúde e seus determinantes sociais. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-93, 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/physis/v17n1/v17n1a06.pdf. Acesso em: 17 nov. 2020.

CALMON, T. V. L. As condições objetivas para o enfrentamento ao covid-19: abismo social brasileiro, o racismo, e as perspectivas de desenvolvimento social como determinantes. *Revista NAU Social*, Salvador, v. 11, n. 20, p. 131-136, 2020. Disponível em: https://www.academia.edu/42963570/As_condi%C3%A7%C3%B5es_objetivas_para_o_enfrentamento_ao_COVID_19_abismo_social_brasileiro_o_racismo_e_as_perspectivas_de_desenvolvimento_social_como_determinantes. Acesso em: 14 nov. 2020.

CARVALHO, M. A. C.; SANTANA, J. P.; VEZEDEK, L. *Cartografias dos desejos e direitos*: quem são as pessoas em situação de rua, afinal? Salvador: Projeto Axé, 2017.

FLACH, P. M. V. *Experiências de sofrimento social e movimentos de resistência entre trabalhadores e gente de rua (usuários de álcool e outras drogas)*, *na Praça das Duas Mãos-Salvador-Bahia*. 2019. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2019. Disponível em https://repositorio.ufba.br/ri/handle/ri/32203. Acesso em 5 jan. 2021.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. Cartografias do trabalho e cuidado em saúde. *Tempus*: Actas de Saúde Coletiva, Brasília, DF, v. 6, n. 2, p. 151-163, 2012. Disponível em: https://www.tempus.unb.br/index.php/tempus/article/view/1120/1034. Acesso em: 22 nov. 2020.

FREITAS, A. R. R.; NAPIMOGA, M.; DONALISIO, M. R. Análise da gravidade da pandemia de covid-19. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, Brasília, DF, v. 29, n. 2, 2020. Disponível em: https://www.scielo.br/j/ress/a/TzjkrLwNj78YhV4Bkxg69zx/?lang=pt. Acesso em: 5 nov. 2020.

MBEMBE, A. Necropolítica: biopoder, soberania, estado de exceção, política da morte. *Arte e Ensaios*, Rio de Janeiro, v. 2, n. 32, p. 123-151, 2016. Disponível em: https://revistas.ufrj.br/index.php/ae/article/view/8993. Acesso em: 10 dez. 2020.

MERHY, E. E. A micropolítica do trabalho vivo em ato: uma questão institucional e território de tecnologias leves. *In*: MERHY, E. E. *Saúde*: a cartografia do trabalho vivo em ato. São Paulo: Hucitec, 2002. p. 41-66.

NERY, C. Extrema pobreza atinge 13,5 milhões de pessoas e chega ao maior nível em 7 anos. *Agência IBGE de Notícias*, Rio de Janeiro, 6 nov. 2019. Disponível em: https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/25882-extrema-pobreza-atinge-13-5-milhoes-de-pessoas-e-chega-ao-maior-nivel-em-7-anos. Acesso em 14 nov. 2020.

RINALDI, D. L.; LIMA, M. C. N. Entre a clínica e o cuidado: a importância da curiosidade persistente para o campo da saúde mental. *Mental*, Barbacena, v. 4, n. 6, p. 53-68, 2006. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-44272006000100006. Acesso em: 13 nov. 2020.

SALVADOR. Decreto nº 32.280, de 23 de março de 2020. Define medidas complementares para o enfrentamento da pandemia decorrente do coronavírus. Salvador, 2020a. Disponível em: http://www.sucom.ba.gov.br/wp-content/uploads/2020/03/Dec_32280_2020.pdf. Acesso em: 15 nov. 2020.

SALVADOR. Secretaria Municipal de Saúde. Nota Técnica nº 10, de 6 de julho de 2020. Orientações para organização da Atenção Primária à Saúde Consultórios na Rua no enfrentamento ao novo coronavírus (covid-19) no município do Salvador. Salvador, 2020b. Disponível em: http://www.saude.salvador.ba.gov.br/covid/wp-content/uploads/sites/27/2020/08/NT-n.10-DAS.APS-Pop-Rua-v.2.pdf. Acesso em: 3 dez. 2020.

SANTOS, B. S. A *cruel pedagogia do vírus*. Coimbra: Almedina, 2020.

SANTOS, M. *Técnica, espaço, tempo*: globalização e meio técnico-científico-informacional. São Paulo: Hucitec, 1997. Disponível em: http://reverbe.net/cidades/wp-content/uploads/2011/livros/tecnica-espaco-tempo-milton-santos.pdf. Acesso em: 19 nov. 2020.

SANTOS, M. R. P.; NUNES, M. O. Território e saúde mental: um estudo sobre a experiência de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial, Salvador, Bahia, Brasil. *Interface*, Botucatu, v. 15, n. 38, p. 715-726, 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/icse/2011nahead/aop3511.pdf. Acesso em: 10 nov. 2020.

SECRETARIA DE JUSTIÇA, DIREITOS HUMANOS E DESENVOLVIMENTO SOCIAL; CENTRO DE REFERÊNCIA INTEGRAL DE ADOLESCENTES. *Corra pro Abraço*: o encontro para o cuidado na rua. Salvador: SJDHDS, 2016.

SOUZA, T. P.; MACERATA, I. A Clínica nos Consultórios na Rua: Territórios, Coletivos e Transversalidades. *Ayvu*: Revista de Psicologia, Niterói, v. 1, n. 2, p. 3-23, 2015. Disponível em: https://periodicos.uff.br/ayvu/article/view/22177/13076. Acesso em: 12 jan. 2020.

UMA PERSPECTIVA PSICOSSOCIAL DA PANDEMIA, EM DIÁLOGO COM EXPERIÊNCIAS DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE E ASSISTÊNCIA SOCIAL EM PORTO SEGURO-BAHIA[1]

RAFAEL PATIÑO • GABRIELA LAMEGO
CLAUDILENE GALLINA • TATIANA BARRETO

Primeiras considerações

Em março de 2020, quando as medidas de isolamento social relacionadas à pandemia do Sars-CoV-2 estavam começando a ser implementadas na Bahia, a professora Mônica Lima, do Instituto de Psicologia da Universidade Federal da Bahia (UFBA), e um grupo de colegas nos convidaram para participar do Programa de Extensão Pensar junto/Fazer com: Saúde Mental em Tempos de covid-19, integrando uma rede com professores da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB) e da Universidade Federal do Sul da Bahia (UFSB), três universidades baianas localizadas em Salvador, no Recôncavo Baiano e na região sul da Bahia. O convite, que é sustentado pela reafirmação do compromisso ético que envolve o lugar da universidade pública como parte da sociedade, visou planejar e executar ações de apoio aos profissionais que atuam na Rede de Atenção à Saúde, especialmente nos serviços de Atenção Básica em Saúde e de Atenção Psicossocial, considerando as especificidades regionais. Esse cenário foi marcado pelo início dos atendimentos à população, no meio das incertezas provocadas pelas orientações contraditórias dos distintos

1 Agradecimentos ao apoio recebido do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), por meio da Chamada no 28/2018 – Universal.

níveis governamentais: federal, estadual e municipal; e de sentimentos de medo e angústia, diante do complexo quadro sanitário que se aproximava.

A esse convite seguiram algumas reuniões por videoconferência, durante as quais os profissionais convidados expressavam suas perspectivas, sentimentos, inseguranças; em síntese, suas experiências nos serviços no início da pandemia, além de distintas ações planejadas em cada uma das cidades.

No presente texto originado a partir desse encontro interuniversitário, propomos uma reflexão sobre as implicações psicossociais da pandemia que, como acontecimento complexo no sentido epistemológico defendido por Morin (1994), envolve as dimensões biológica, social, cultural, histórica, econômica e psíquica. Na segunda parte do trabalho, apresentaremos as experiências dos profissionais de saúde e de assistência social do município de Porto Seguro (BA), no contexto da sua prática profissional durante a pandemia.

As catástrofes como acontecimentos coletivos

A palavra catástrofe se deriva do grego, *katastrefein*, que traduz abater ou destruir. Por catástrofe, entende-se um evento negativo, frequentemente imprevisto, que produz destruição material, perdas humanas, econômicas, ambientais e/ou culturais significativas, produzindo um amplo número de afetados. As catástrofes produzem desorganizações e perturbações sociais significativas, como acontece, por exemplo, nos grandes desastres ambientais. (FERNÁNDEZ; BERISTAIN; PÁEZ, 1999) Uma definição clássica de desastre ou catástrofe descreve esses perturbantes acontecimentos como qualquer evento localizado, tanto no tempo, como no espaço, no qual uma sociedade, ou uma parte relativamente autossuficiente dela, experimenta grave perigo, perda de seus membros e bens materiais, fragmentando a estrutura social e danificando, parcial ou totalmente, as funções e dinâmicas essenciais da sociedade. (FRITZ, 1961) As catástrofes, assim definidas, possuem uma dimensão coletiva, dentro da qual tomam lugar as experiências singulares que cada sujeito, em contextos específicos, tem dos acontecimentos. Isso porque as comunidades das quais fazem parte os indivíduos possuem recursos diferenciados para encarar os acontecimentos de crise.

Na atual pandemia, esse aspecto se observa no acesso desigual à proteção da própria vida e da dos seus próximos, garantido, nesse caso, pela única estratégia de prevenção do contágio existente antes da vacinação: o isolamento social. Enquanto uns podem permanecer em casa ou se deslocam para sítios isolados, outros precisam se expor mais ao vírus. As condições socioeconômicas, familiares, as características

de habitação e moradia, a desigual capacidade instalada dos sistemas de saúde e de assistência social e ao acesso a equipamentos de proteção individual, somadas às tímidas políticas de apoio financeiro dos governos, entre outros aspectos, determinam o modo como cada sujeito e coletividade serão afetados e as suas capacidades de resposta em contextos de crise.

Além disso, esses acontecimentos súbitos e extraordinários afetam a saúde mental, provocando condutas e emoções coletivas nas comunidades afetadas. Dentre as mais comuns, encontram-se: a comoção, inibição e o estupor; o medo coletivo e o pânico; a fuga e o êxodo. Esta última, quando associada ao pânico, amiúde acontece de forma caótica e desordenada. (FERNÁNDEZ; BERISTAIN; PÁEZ, 1999) As catástrofes superam a capacidade instalada de resposta da sociedade diante de situações de crise. Por esse motivo, tais acontecimentos demandam intervenção extraordinária. A pandemia, a esse respeito, supera a capacidade dos serviços de saúde, demanda a instalação de leitos, a contratação de pessoal qualificado, a compra de equipamentos etc. Tudo isso em um período muito curto de tempo que exige determinação, planejamento e organização dos responsáveis pelo destino dos recursos públicos.

As perdas materiais, de vidas humanas e a desorganização das estruturas sociais que caracterizam, de modo geral, o desastre coletivo que são as catástrofes afetam os sujeitos e as coletividades de forma multidimensional, demandando intervenções em crise e planejadas, a depender do estágio e momento dos acontecimentos.

Nesses contextos de crise, geralmente as perdas estão associadas à deterioração de condições de vida, muitas vezes já previamente precarizadas. Na pandemia, a perda da renda das famílias mais vulneráveis agudiza e aprofunda a desigualdade social. Sem o devido suporte e apoio a essas pessoas e seus familiares, associado à falta de política financeira que garanta as medidas de isolamento social durante a crise, grande parte da população termina seguindo as recomendações de alguns governantes que banalizam a pandemia e que incentivam o relaxamento das medidas de proteção, estimulando, assim, os comportamentos de risco, com base em informações sem evidência científica.

Um exemplo concreto de como a alta demanda pode ultrapassar a capacidade da sociedade para responder adequadamente à crise é o triste quadro de Manaus, onde, de forma dramática para os pacientes, para suas famílias e para os profissionais de saúde, a falta de oxigênio causou a morte, por asfixia, de pessoas com Sars-CoV-2 internadas em hospitais da cidade amazonense. Nesse caso específico, é possível interrogar se e de que modo a negligência governamental agravou a situação, já que houve suficiente tempo e conhecimento para que as autoridades tomassem as medidas preventivas e evitassem o colapso do sistema de saúde.

Compreensão multidimensional e psicossocial da pandemia como catástrofe

Os distintos tipos de catástrofes incluem desastres naturais, ambientais, acidentes tecnológicos, crises sociopolíticas, guerras, epidemias e pandemias. Uma pandemia pode ser definida como a emergência de um patógeno contagioso, que supera a imunidade das pessoas e que se espalha regional e mundialmente, afetando gravemente a saúde da população. (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, 2010) Concretamente, "a pandemia da covid-19 se mostrou como uma catástrofe de enormes proporções humanitárias, sociais e econômicas, ao mesmo tempo que ecológicas e culturais, que atingiu direta ou indiretamente todos os países". (BIRMAN, 2020, p. 8-9) No caso das epidemias e das pandemias, além dos comportamentos coletivos enumerados previamente, é comum a culpabilização de certos grupos pela transmissão da doença. Geralmente, os grupos objeto desses rumores são aqueles identificados como alteridades negativas em cada sociedade. Durante a epidemia de cólera, no século XIX, os russos culparam os polacos pela doença, e vice-versa, enquanto os europeus ocidentais responsabilizaram os polacos. Nos Estados Unidos, os pobres e alguns grupos de imigrantes foram apontados como disseminadores do vírus. (FERNÁNDEZ; BERISTAIN; PÁEZ, 1999) Em distintos momentos da humanidade, os historiadores relatam o abandono e isolamento dos doentes pelo medo do contágio. Foi desse jeito na expulsão dos leprosos das cidades durante a Idade Média, prática de exclusão social daqueles que eram considerados monstruosos ou aterrorizantes; reproduzida, com novas tecnologias sociais, contra os homossexuais durante a epidemia de HIV/AIDS nas últimas décadas do século XX. (FOUCAULT, 2001) No Brasil, durante a atual pandemia, autoridades públicas culparam os chineses por disseminar a covid-19 de forma propositai: diante de acontecimentos traumáticos (como guerras e pandemias), a imposição de necessidades de explicação e definição de responsáveis é um fenômeno frequente. (FERNÁNDEZ; BERISTAIN; PÁEZ, 1999, p. 8) Esse tipo de informações e ações no Brasil contemporâneo possui, ainda, uma intenção política, implicando a pandemia no quadro das disputas de poder no qual as narrativas orientadas a estimular ódio contra certos segmentos da população são usadas como estratégia política. Nesse sentido, alguns governantes usam as emoções coletivas, especialmente o ódio e o medo, compartilhadas mais facilmente durante a pandemia, ao serviço do seu projeto pessoal de poder.

Na tentativa social de reordenar o mundo e criar um sentimento de segurança, é comum que também os médicos e profissionais de saúde sejam vítimas de violência

durante as epidemias. Nesse caso, tais profissionais são responsabilizados por disseminar o vírus e, por esse motivo, podem ser objeto de práticas de exclusão social e agressões. Atualmente, apesar das diferentes expressões de reconhecimento dos esforços realizados pelos profissionais de saúde, muitos deles foram discriminados, ameaçados ou expulsos de seus lares no contexto da pandemia, em distintos lugares do mundo. (VALDÉZ et al., 2020)Adicionalmente, no caso das epidemias, o desconhecimento da origem da doença e do tratamento aumenta o medo entre a população. Por esse motivo, durante as epidemias, prosperam e se disseminam facilmente rumores e informações que, mesmo sendo falsas, geram, nas pessoas, o sentimento de segurança e de proteção.

Na atual pandemia, um claro exemplo disso é a disseminação e crença em tratamentos não efetivos, como a hidroxicloroquina. Esse tipo de informações é danoso para a população porque, ao incentivar um falso sentimento de segurança, estimula as pessoas a praticar comportamentos que aumentam o risco de contágio. A situação é ainda pior se essas informações, como acontece no Brasil, são disseminadas intencionalmente pelas próprias autoridades governamentais ou médicas, porque tais sujeitos, usando sua investidura e poder de alcance nos meios de comunicação, possuem maior credibilidade diante da população e, portanto, maior influência.

Reconhecer a dimensão psicossocial das catástrofes, incluídas as epidemias e pandemias, implica entender que tais acontecimentos não se reduzem a perdas materiais e de vidas humanas (no seu sentido biológico ou estatístico), mas que afetam profundamente, além da dimensão biológica, a saúde mental das pessoas e comunidades e as dinâmicas sociais, culturais e institucionais. "Em situações de emergência, se produzem emoções coletivas como o medo. O medo e o luto podem influenciar o comportamento das pessoas, sua avaliação dos fatos e o modo como enfrentam a realidade". (BERISTAIN; DONÀ, 1997, p. 26) Dessa forma, entender e agir coletivamente diante de um fenômeno complexo como uma pandemia requer não apenas o saber científico biomédico, por meio do qual se procura o tratamento eficaz para a doença e a vacina que a evite; mas também a perspectiva psicossocial, que permite entender como se produzem as emoções coletivas durante uma situação de catástrofe e de que modo elas orientam os comportamentos das pessoas que aumentam ou diminuem o contágio; ao mesmo tempo em que sejam considerados os efeitos subjetivos produzidos pelas perdas e consideradas as variáveis culturais, sociais, políticas etc. Por esses motivos, propomos o conceito de trauma psicossocial, como possibilidade teórica para a compreensão de alguns efeitos da pandemia.

Trauma e luto: uma perspectiva para entender implicações psicossociais da pandemia

Na tentativa de entender e responder adequadamente a esses tipos de acontecimentos, e suas consequências individuais e coletivas, o conceito de trauma tem sido amplamente estudado, especialmente no âmbito da psicologia e da psicanálise, para descrever os efeitos produzidos por mudanças bruscas como as catástrofes, com capacidade para produzir perturbações violentas, potencialmente traumáticas, como acontece especificamente nas pandemias.

O trauma, em uma concepção clássica, pode ser entendido como a resposta de um sujeito a um acontecimento que supera suas capacidades de simbolização, emergindo no presente na forma de sintoma. Segundo Birman (2020), a experiência psíquica dos sujeitos na pandemia do Sars-CoV-2 se caracteriza fundamentalmente pelo trauma. Para esse autor, as principais formações sintomáticas associadas à experiência traumática da pandemia são: neuroses de angústia ou síndrome de pânico, hipocondria, depressão, aumento de rituais obsessivo-compulsivos, aumento de uso de substâncias psicoativas, compulsão alimentar, intensificação de comportamento violentos, especialmente no meio familiar, e lutos impedidos.

Aqui, nos concentraremos em uma perspectiva do trauma que considera seus encadeamentos sociais e coletivos. Segundo Beristain e Donà (1997), o trauma se caracteriza pela existência de um sentimento de desamparo e impotência; uma ruptura dos modos de vida da própria existência; e o estresse negativo intenso. Martín-Baró (1993) diferencia o trauma psíquico do trauma social. O primeiro se refere a um dano psíquico provocado por um evento excepcional; o segundo faz referência aos rastros que deixam acontecimentos históricos violentos que afetam uma sociedade inteira. Na proposta desse autor, o trauma psicossocial emerge da relação entre a dimensão individual e social desse fenômeno que, além de afetar o psiquismo, pode abalar e fragmentar as relações sociais, alterar as crenças compartilhadas coletivamente, restringir as tradições culturais etc. A perspectiva psicossocial do trauma reconhece sua produção social e sua manutenção na relação indivíduo-sociedade.

No entanto, isso não significa que os acontecimentos perturbadores, como uma pandemia ou a violação sistemática dos direitos humanos em uma comunidade, tenham consequências uniformes para todos os indivíduos da coletividade. A afetação dependerá da combinação de uma série de fatores, entre eles a intensidade do acontecimento, o grau de participação no acontecimento, os recursos, redes de apoio e as estratégias disponíveis para significar e enfrentar a experiência. (BERISTAIN; DONÀ, 1997) Para esses autores, o trauma pode se manifestar por meio de diversos

sintomas, entre eles a insônia, pesadelos, sentimentos de raiva, confusão ou culpa, amiúde relacionados a tentativas de significar os acontecimentos. As experiências traumáticas podem derivar em quadros clínicos e transtornos que afetam a saúde mental, sendo a ansiedade e a depressão os mais comuns, mas não os únicos. Entendida dessa forma, a saúde mental também possui uma dimensão coletiva, especialmente no contexto de catástrofes que afetam amplas parcelas da população, produzindo perdas materiais, humanas e mudanças sociais e culturais profundas, diante das quais as relações sociais e familiares se fraturam, a confiança nas alteridades é abalada e o sentimento de segurança é ferido.

Diante do sofrimento provocado pelas catástrofes, o luto é um dos processos mais comuns; já que constitui a forma como enfrentamos e superamos as perdas. Em função da sua importância durante a pandemia, nos deteremos um pouco mais nele. O luto não é um processo patológico ou que se constitua, a priori, como traumático. Ao contrário, o luto é um processo normal e necessário que não deve ser negligenciado ou evitado. (FREUD, 1996) Esse processo sofre intensas alterações em contextos de catástrofes, dificultando ainda mais a superação das perdas experimentadas.

Durante a pandemia, diante das dificuldades de acesso aos serviços de saúde, muitas pessoas que contraíram a covid-19 morreram em suas casas, sem atendimentos especializados, e familiares e/ou cuidadores foram os únicos presentes nesse momento. No entanto, predominantemente, a pandemia da covid-19 aprofundou a separação entre o doente e sua família, provocando, tanto na pessoa que está sozinha no hospital, como em sua família, um sentimento de desamparo diante da possibilidade da morte.

Adicionalmente, os rituais funerários são parte fundamental do processo de luto e estão presentes em todas as culturas. Eles facilitam a despedida e a aceitação da morte dos nossos entes queridos. (GENNEP, 2011) Por esse motivo, sua não realização gera uma barreira adicional e dificulta a elaboração da perda.

Durante a pandemia da covid-19, estamos observando uma mudança nos rituais associados ao processo de luto. O isolamento social está impedindo, ou pelo menos restringindo, o caráter social fundamental dos ritos funerários, que permitem o necessário apoio emocional que demanda o processo. As pessoas estão perdendo seus entes queridos e apenas pouquíssimas delas, quando permitido, podem participar do enterro, modificando bruscamente a dimensão social do ritual, já que amigos e outros familiares não podem estar presentes com frequência. Em outros casos, pessoas encontram-se em lugares distantes, às vezes, sozinhas e impossibilitadas de viajar e acompanhar o ente querido que morreu, assim como ser acolhido e acolher as pessoas com as quais compartilha a perda, inclusive com um abraço, hoje desaconselhado no contexto da pandemia. Todas essas mudanças, com certeza, estão afetando a

forma como é vivido o enlutamento, tornando-o mais difícil e complexo. Muitas dessas pessoas enlutadas precisarão de apoio para superar as perdas dos entes queridos.

No entanto, apesar desse quadro e das restrições vividas por aqueles que não conseguiram realizar ou participar do funeral dos seus entes queridos, haverá outras oportunidades de realizar rituais que possam representar esse momento. Poderão visitar o túmulo e realizar a despedida necessária do ente querido à sua maneira, talvez mais íntima, mas que pode ter também um valor simbólico que contribuirá com a superação da perda. Também esperamos que, daqui a um tempo, as restrições necessárias do isolamento social sejam flexibilizadas e as pessoas que perderam entes queridos possam encontrar familiares e amigos, receber apoio emocional e conversar sobre a perda. A experiência da morte de um ente querido, nesse contexto, coloca as pessoas diante da perda da pessoa amada e, ao mesmo tempo, a desafia a criar novas estratégias e possibilidades para a superação do luto. Ultimamente, estamos vendo como algumas famílias tentam driblar essas dificuldades transmitindo pela internet o momento do funeral para que os outros entes queridos possam participar virtualmente.

Outro aspecto adicional que impõe mudanças a esse ritual de passagem tão importante culturalmente é a ausência de prova de realidade diante da morte de entes queridos: os caixões lacrados não podem ser abertos e seus familiares são impedidos de ver o corpo. Quando nos deparamos com a morte de uma pessoa amada, de um ente querido, a nossa primeira reação é de incredulidade, a não aceitação, a sensação é de que não é real. Isso acontece porque, do ponto de vista psicológico, a representação da pessoa que morreu permanece inalterada no psiquismo. (FREUD, 1996) Demoramos um tempo para construir um sentido a respeito da ausência dessa pessoa e para aceitar a morte. Ver o corpo do ente querido constitui uma prova de realidade que pode marcar o início do processo do luto. Ao contrário, a impossibilidade de comprovar a morte de um ente querido pode representar um obstáculo adicional para a elaboração da perda. Por outro lado, embora a prática de exibir e ver o corpo nos funerais possua uma importância maior em alguns contextos culturais, ela por si só não é garantia, nem condição necessária, para a elaboração do luto. No caso das pessoas que não podem ver os corpos dos entes queridos que morreram de Sars-Cov-2, existem alternativas que eventualmente podem ocupar o lugar da prova de realidade, como os atestados de óbito e a possibilidade futura de visitar o túmulo.

Adicionalmente, o processo do luto é predominantemente simbólico. Por esse motivo, espera-se que as pessoas, mesmo na ausência da prova de realidade, consigam criar estratégias para a elaboração da perda. No entanto, a pandemia

da covid-19 não apenas impede de realizar a prova de realidade pela observação do corpo do ente querido, mas está também, como relatado, restringindo a possibilidade de participar dos rituais funerários e interferindo intensamente na dimensão social do enlutamento em suas distintas práticas orientadas à despedida e aceitação da perda. Todas essas mudanças, evidentemente, tornam o processo de luto ainda mais complexo e, em ocasiões, impedido e traumático, o que favorece a emergência de sintomas associados.

Adicionalmente, devemos lembrar que o luto não é necessário apenas para superar a perda das alteridades significativas e amadas. O luto é um processo que acontece, de modo geral, quando enfrentamos perdas de todos os tipos. O isolamento já implica encarar mudanças e lutos em relação às distintas esferas da nossa vida. A pandemia impôs distintos tipos de perdas também para as pessoas que tiveram a fortuna de não sofrer a morte de um ente querido: perdas econômicas e de renda; dos modos de vida, dos costumes e tradições sociais e culturais suspensas ou restritas, entre outras mudanças impostas nesse período de crise, que afetaram a saúde mental da população. Em síntese, o quadro demanda respostas e intervenções complexas e multiprofissionais, que identifiquem as distintas dimensões do fenômeno e reconheçam as singularidades pessoais, sociais e culturais de cada contexto.

No entanto, a resposta das instituições de apoio, como os sistemas de saúde e de assistência social, não é simples. Essas instituições também são afetadas pela catástrofe. As medidas de distanciamento social impostas pela pandemia comprometeram os serviços de atendimento, deixando a população ainda mais desamparada. Muitas vezes, as pessoas também evitaram se aproximar dos serviços, com medo do contágio. Veremos, um pouco mais adiante, como essas mudanças foram descritas pelos profissionais de saúde participantes em uma pesquisa em andamento na cidade de Porto Seguro, Bahia.

Dentro do quadro social e de saúde descrito, as instituições de apoio tanto na área da saúde como na assistência social são fundamentais para acolher, amparar e acompanhar as pessoas e comunidades afetadas durante a pandemia, e para criar condições de superação da situação. No entanto, as respostas e ações não são simples; os próprios profissionais de saúde e assistência social também se veem afetados pela catástrofe.

A pandemia impôs medidas de distanciamento social que comprometem as ações dos serviços, deixando a população ainda mais desamparada de atendimento relacionado a outras questões, além da covid-19. Concretamente, os dispositivos de atendimento a vítimas de violência e violação dos direitos humanos, como o CRAM,

por exemplo, ou de saúde mental, como os Caps, enfrentam desafios para continuar seu trabalho, com as restrições ao atendimento presencial.

A seguir, na segunda parte desse texto, veremos como essas mudanças associadas à pandemia do Sar-CoV-2 afetaram a cotidianidade dos serviços que prestam atendimento à população, especificamente os que compõem a Atenção Básica em Saúde e de assistência social, sob a perspectiva dos profissionais participantes da pesquisa.

Um olhar sobre a pandemia, emoções sociais e violências a partir das experiências de profissionais de saúde e assistência social de Porto Seguro, Bahia

A rede de articulação que reuniu as três universidades federais baianas para a construção de ações de apoio e suporte aos profissionais que atuam na Atenção Básica em Saúde (ABS) e na Rede de Atenção Psicossocial (Raps) teve como parceiro o grupo de pesquisa, cadastrado no CNPq, Estudos Interdisciplinares sobre Subjetividade, Poder e Violência, da Universidade Federal do Sul da Bahia, o qual estava desenvolvendo a pesquisa "Emoções sociais e significações da violência entre jovens, mulheres e profissionais de serviço de saúde e assistência social em Porto Seguro, Bahia", contemplada pelo Edital Universal 2018, do CNPq. Partindo do pressuposto de que as catástrofes afetam, com maior intensidade, as comunidades previamente submetidas a práticas de violação de direitos ou violência sistemática, a pandemia impôs um redimensionamento dos objetivos do estudo, reconhecendo o complexo cenário de mudanças que trouxe para a população e para os profissionais da rede de serviços das áreas mais vulneráveis da cidade.

Em dezembro de 2019, iniciamos o trabalho de campo elegendo como o primeiro grupo de participantes da pesquisa os profissionais de serviços de saúde e assistência social que atuam no município. No início de 2020, antes do início da pandemia, fizemos algumas visitas aos serviços de saúde e de assistência social e rodas de conversas exploratórias com os profissionais que atuam em três territórios do município de Porto Seguro, reconhecidos pela maior vulnerabilidade de suas populações.

Nesse contexto de redimensionamento da pesquisa, a coordenação do GP, em articulação com grupos das outras duas universidades (UFBA e UFRB), convidou profissionais que atuam na Rede de Saúde Mental do município de Porto Seguro para participar das rodas de conversa virtuais, compartilhando as suas experiências nos serviços e no seu dia a dia no meio da pandemia.

Com o início dos casos de covid-19 no Brasil e na Bahia e a decisão da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Seguro de suspender as atividades em grupo devido à

adoção de medidas protetivas de distanciamento social, o trabalho de campo presencial foi interrompido. Nesse novo cenário, foi necessário construir alternativas para a realização da pesquisa. A escolha foi realizar uma etapa exploratória viabilizada a partir do uso de um instrumento de entrevista semiestruturado, elaborado a partir de um formulário eletrônico do Google Forms, como uma etapa anterior à realização de entrevistas em profundidade com os profissionais. O instrumento foi organizado em quatro blocos: dados pessoais; atuação profissional; percepção sobre a violência no território; violências sofridas pelos profissionais. Foram incluídas questões sobre como a pandemia afetou a organização dos serviços, o atendimento dos usuários em situação de violência e a exposição dos profissionais às situações de violência, que trazemos aqui com fins de ilustrar a nossa discussão.

Para entender melhor o contexto de fala desses profissionais, é necessário descrever um breve panorama da situação de Porto Seguro em relação à violência. Essa cidade, situada no extremo-sul baiano, configura-se como a segunda mais violenta da Bahia. Segundo o *Atlas da violência: retrato dos municípios brasileiros*, (INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA, 2019) a cidade teve uma taxa de 101,6 homicídios por 100 mil habitantes em 2017, somando 147 homicídios registrados e cinco homicídios ocultos.[2] Nos primeiros nove meses de 2020, conforme dados da Secretaria de Segurança Pública da Bahia, o município registrou 32 homicídios, 39 estupros e um feminicídio. (BAHIA, 2020) Devido à pandemia da covid-19, diversos serviços voltados para o atendimento a pessoas em situação de violência sofreram alterações que variaram desde a redução do número de servidores e horários de atendimentos até a suspensão da prestação de serviço e assistência às vítimas de algumas instituições que compõem a rede de proteção a mulheres, crianças e adolescentes. No caso da violência doméstica, esses fatores, associados a uma presença constante do agressor no ambiente doméstico devido às medidas necessárias para a contenção da covid-19, o isolamento social, dificuldades de acesso a familiares, amigos e profissionais constituem mais obstáculos impostos às vítimas, impossibilitando o registro das ocorrências de violência. (MARQUES et al., 2020) Desse modo, a diminuição dos registros representa, na verdade, mais uma barreira enfrentada pelas vítimas de violência durante a pandemia da covid-19, que culmina em subnotificações e não na redução efetiva da violência.

Os casos da violência doméstica são um exemplo claro dessa subnotificação. De acordo com Ministério da Mulher, Família e Direitos Humanos, o número de denúncias recebidas através do canal Ligue 180 aumentou 17,9% em março, início

---

2 Incidentes violentos fatais registrados no Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) cuja causa e intenção são indeterminadas.

da pandemia no Brasil, comparado com o mesmo período de 2019. (AGRELA, 2020) Em abril, o crescimento de denúncias através do canal chegou a 37,6%. Entretanto, o número de registros de ameaças diminuiu 16,8% e, nos crimes de estupros de mulheres, a queda foi de 23,5%. (FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA, 2020)Para a divulgação e disponibilização do instrumento de investigação, foram utilizadas tecnologias de comunicação na internet, como WhatsApp e e-mail. Um total de 39 profissionais de saúde e assistência social da rede pública municipal participou da pesquisa. Os formulários foram respondidos no período de 13 de julho a 2 de dezembro de 2020, o que corresponde a diferentes momentos da pandemia. As informações que serão relatadas a seguir não permitem uma generalização da realidade vivenciada pelos profissionais da rede de serviços de Porto Seguro, nem objetivam uma representatividade estatística, mas descrevem um panorama a partir das perspectivas e experiências das(os) participantes.

Características das(os) profissionais de saúde participantes da pesquisa

Participaram da pesquisa profissionais de saúde e assistência social de ambos os sexos, com idades de 25 a 60 anos. A maioria dos participantes foi composta por mulheres (37) e apenas dois homens. Entre as participantes do sexo feminino, 26 atuam nos serviços de saúde e onze em equipamentos da assistência social do município de Porto Seguro. Dos dois participantes do sexo masculino, que se declararam negros, um atua no setor saúde e outro na assistência social. O tempo de serviços entre os participantes variou de um mês a dezessete anos na rede municipal.

A maioria das mulheres (trinta) se declarou como negras, pretas e pardas; seis se reconhecem como brancas e uma não respondeu à questão sobre raça/cor. Quanto à escolaridade, 61,53% (23) dos profissionais têm nível superior, 30,76% (doze) têm ensino médio completo, 5,12% (dois) declararam que não concluíram o ensino superior e uma profissional informou que realizou curso de pós-graduação.

Os participantes formam um grupo bastante heterogêneo com diferentes ocupações profissionais: os agentes comunitários de saúde estão em maior número, são doze, seguidos de cinco enfermeiras, quatro psicólogas, três técnicas de enfermagem, quatro assistentes sociais, duas médicas, uma nutricionista, uma farmacêutica, uma auxiliar de farmácia e um técnico administrativo; três participantes se identificaram como coordenadoras e uma como cuidadora.

Quanto aos locais de atuação, a maioria (24) das(os) profissionais trabalha em unidades básicas de saúde e as unidades de saúde da família, as(os) demais atuam em

Upas (dois), Caps (um), Cras (quatro), Creas (dois), Cram (dois), Nasf (dois), Creas POP (dois), Assistência social (um), Casa do Acolhimento (um), SAE/CTA (um) e atendimento de alta complexidade (um); três profissionais trabalham em mais de um órgão.

Quadro 1 – Relação ocupação profissional – quantidade – local

OCUPAÇÃO PROFISSIONAL	QUANT.	LOCAL
ACS	12	UBS / USF
Enfermeira	5	UBS / USF
Psicóloga	4	Proteção Social e Alta Complexidade / Caps / Cras / Cram
Técnica em Enfermagem	3	UBS / USF
Assistente Social	4	Creas-POP / Cras / Nasf / Creas
Médica	2	UBS/USF – UPA
Nutricionista	1	Nasf
Farmacêutica	1	UPA
Auxiliar de Farmácia	1	UBS / USF
Técnico Administrativo	1	Cras
Cuidadora	1	Assistência Social
Não informou	4	Serviço Social / Cras / Casa de Acolhimento

Fonte: elaborado pelos(as) autores(as).

Sobre as mudanças no funcionamento dos serviços no atendimento a pessoas em situação de violência

Diante da pergunta "você considera que a pandemia da covid-19 afetou o atendimento de pessoas vítimas de violência?", a maioria dos participantes, 31 (81,6%), afirmou que sim, enquanto sete (18,4%) avaliaram que não. Segundo os profissionais, as mudanças no atendimento das pessoas vítimas de violência estiveram relacionadas a um conjunto de motivos que podem ser organizados em duas direções: a diminuição

da procura dos serviços pelos usuários e as mudanças na organização dos serviços e a priorização do atendimento de casos de covid-19. Esse último, especificamente, no caso dos serviços de saúde.

Os motivos, elencados pelos profissionais, relacionados à menor busca dos serviços pelas pessoas em situação de violência são: a diminuição na procura em si (quatro); o medo da doença por parte dos usuários (cinco); e a própria dinâmica da violência doméstica e violência contra a mulher (quatro). Em relação aos serviços, os motivos apresentados foram: as dificuldades de acesso aos serviços (cinco); as mudanças na organização ou prioridade dos serviços na pandemia (sete) e uma combinação entre a diminuição da procura por parte dos usuários e as mudanças nos serviços (um).

Duas entrevistadas descreveram como o acompanhamento das pessoas em situação de violência tem sido afetado durante a pandemia, o que evidencia como a violência doméstica é agravada durante o cenário de pandemia, do aumento da convivência com o agressor e de restrições do acesso ao cuidado e medidas de proteção, o que torna o lar, muitas vezes, um lugar de medo e abuso. (MARQUES et al., 2020; ONU MULHERES, 2020; REIS et al., 2020)

> *A diminuição da procura das UBS pelos usuários vítimas de violência, o olhar dos ACS para identificação de vítimas por não está entrando nas casas, o atendimento na rede de serviços por estarem focados na covid-19, o olhar dos profissionais de saúde para identificação de uma possível violência.* (Profissional do sexo feminino que atua no setor saúde)
>
> *A pandemia afetou as visitas dos familiares às crianças que estão na instituição de acolhimento e a rotina dos trabalhadores. Afetou também a frequência das visitas domiciliares realizadas pela equipe técnica do serviço e os encaminhamentos, visto que outros serviços da rede também foram afetados.* (Profissional do sexo feminino que atua na assistência social).

Em outros trechos, as(os) profissionais também descreveram como a violência se agrava durante a pandemia, com intensificação da convivência e as tensões no âmbito doméstico, favorecendo uma situação contínua de conflitos e agressões e, assim, dificultando a busca de atendimento profissional por parte das vítimas:

> *Por permanecer mais tempo no domicílio, acabam sofrendo mais ameaças, destratos entre outras agressões. Logo, sabendo que muitos dos serviços estão restritos, vai dificultando o acesso aos direitos dessa usuária. Tipo deslocamento pra abrigamento, translado pra essas localidades.* (Profissional do sexo feminino

que atua na assistência social)*O fato dos agressores estarem em casa, dificulta a justificativa para sair e ir ao equipamento para atendimento. De forma remota inibe a vítima de falar na presença do possível agressor.* (Profissional do sexo feminino que atua na assistência social)

Porque na pandemia o parceiro que faz a violência está a todo tempo dentro de casa e não dar espaço para a mulher ou adolescentes procurar a unidade de saúde – violência doméstica. (Profissional do sexo feminino que atua no setor saúde)

A pandemia diminuiu o acesso aos serviços e instituições que compõem a rede de atenção e proteção às pessoas em situação de violência, mas também a outros equipamentos sociais, como escolas e igrejas, e fez crescer a crise social e econômica sentida intensamente pela população mais vulnerável devido à tímida política pública de apoio financeiro. Esse cenário fez com que as pessoas passassem mais tempo em casa, intensificando os problemas nas relações familiares e aumentando a sobrecarga para as mulheres no espaço domiciliar. (MARQUES et al., 2020; ONU MULHERES, 2020) Esse é um cenário que favorece a violência doméstica que acontece, muitas vezes, de forma combinada contra mulheres, crianças e adolescentes.

Sobre o agravamento da violência vivenciada pelos profissionais no contexto da pandemia

Os participantes da pesquisa também foram convidados a refletir se a pandemia possibilitou uma maior exposição à violência no trabalho, dentro ou fora dos serviços de saúde. Quando questionados se já sofreram alguma forma de violência, 25 profissionais informaram que não e catorze informaram que sim. Mas, quando interrogados se a pandemia aumentou o risco dos profissionais de saúde sofrerem violência no trabalho, os quantitativos se inverteram e a maioria (29) dos profissionais afirmou que sim, enquanto onze responderam que não.

Mesmo que muitos profissionais não tenham identificado que sofreram diretamente violência no ambiente de trabalho, a maioria descreve o contexto da pandemia como um cenário de sobrecarga de trabalho, exposição e vulnerabilidade dos profissionais à covid-19, marcado por forte tensão nas relações com os usuários dos serviços e estigma do profissional de saúde nos espaços sociais.

Em relação ao funcionamento dos serviços durante a pandemia, os profissionais descrevem a realidade que vivenciam no cotidiano como: “o sistema sobrecarregou e não tem mão de obra suficiente pra esses atendimentos extras”; “aumentou

a pressão e os ânimos estão mais aflorados"; "as pessoas estão confusas, com medo e desejam atendimentos imediatos e eficazes"; "pois aparentemente há uma cobrança de solução por parte dos usuários, aumento dos quadros de transtornos mentais".

Se, sob condições normais, o trabalho dos profissionais da saúde e da assistência social que atendem casos de violência e defesa dos direitos humanos já os coloca sob condições difíceis e estressantes, no contexto da pandemia de Sars-Cov-2, esse cenário é ainda mais complexo, os afetando de diversas formas.

No que se refere aos serviços de saúde, e aqui abordamos especificamente aqueles que integram a rede de atenção básica, é imperativo afirmar que a pandemia resulta em um fardo que mobiliza recursos humanos e materiais e que, assim, compromete o atendimento da população em geral, e ainda mais o acompanhamento das pessoas que vivem situações de violências. A sobrecarga do sistema de saúde trazida pela pandemia se soma às dificuldades já vivenciadas pelos profissionais de saúde em suas práticas cotidianas relacionadas ao subfinanciamento histórico do SUS, à precariedade de vínculos de trabalho e, mesmo, à ausência de uma política de recursos humanos na saúde. (TEIXEIRA et al., 2020) Juntamente com a pandemia, vivemos um cenário de incertezas, medo e restrições, que fez emergir novas tensões entre profissionais de saúde e usuários. A disputa de narrativas sobre a prevenção da covid-19, os discursos contraditórios (também entre os próprios profissionais de saúde) sobre a existência ou não de tratamentos medicamentosos e a falta de um posicionamento único das autoridades brasileiras trazem novos elementos para batalhas travadas nos serviços de saúde que colocam os profissionais em um lugar de maior vulnerabilidade.

> *Estamos extremamente expostos e vulneráveis, estamos cansados — exaustos e o trabalho está crescente, os vídeos e conteúdos informativos às vezes dificultam nossas condutas ("quero tal receita, pois foi o que o meu vizinho tomou"; "quero tal medicação, pois ouvi na Internet que cura"), os pacientes estão agressivos e pouco tolerantes – estou sobrevivendo a tudo isso com muito diálogo.* (Profissional do sexo feminino que atua na saúde)
>
> *Especialmente devido a desinformação dos pacientes e a propaganda de que os médicos não querem prescrever medicações para eles ou que os médicos estão falsificando atestados de óbito, de modo geral resultado de fake news nas mídias sociais.* (Profissional do sexo feminino que atua no setor saúde)
>
> *Pacientes incompreensivos, exigências nos atendimentos de tratamentos e condutas que eu não julgava plausíveis, ameaças para atendimento no dia de situações não classificadas como urgentes, ameaças de denúncia caso não saísse satisfeito do serviço*

> – *querem a receita que acham melhor, o exame que viu na Internet, ser chamada de preguiçosa ao finalizar meu turno do plantão.* (Profissional do sexo feminino que atua no setor saúde)

As tensões com os usuários se traduzem, muitas vezes, em agressões verbais relatadas pelos profissionais: "Ofensa verbal pela não prescrição de medicações contraindicadas, mas vendidas pelas redes sociais como a cura para a covid-19"; "Os usuários chegam a nós agredir verbalmente, ameaçando e usando nomes de autoridade para nos coagir".

Por fim, algumas situações relatadas pelos profissionais estiveram relacionadas às vivências fora dos serviços de saúde. São situações que envolvem desde experiências que incluem o preconceito sofrido nos espaços sociais por serem profissionais de saúde, como a adoção de medidas de isolamento em relação aos próprios familiares como estratégias de proteção que se somam às dificuldades vivenciadas nas atividades laborais.

> *As pessoas se sentem ameaçadas por trabalharmos no serviço de saúde, como se fôssemos um COVID ambulante.* (Profissional do sexo feminino que atua no setor saúde)
>
> *Discriminação no acesso a alguns locais por ser da saúde e o maior isolamento social por ter que se afastar de suas famílias ou manter um maior distanciamento dentro de casa e o excesso da responsabilidade atribuída da carga de trabalho maior em tempos de pandemia.* (Profissional do sexo feminino que atua no setor saúde)

É importante destacar que as situações relatadas afetam emocionalmente as profissionais de saúde, que compõem a maioria das experiências aqui apresentadas, e são ilustrativas da sobrecarga que vivenciam, considerando que as mulheres estão na linha de frente do cuidado com os familiares, principalmente crianças e idosos, e com a manutenção da vida doméstica.

Considerações finais

No contexto da pandemia do Sars-Cov-2, as perdas e o luto são questões centrais associadas à experiência traumática e à possibilidade de sua superação, porque as medidas para prevenir a disseminação da doença amiúde impedem ou limitam a possibilidade dos familiares se despedirem do ente querido. O velório é proibido e

o enterro limitado por regras que reduzem a presença das pessoas. Em síntese, os rituais de passagem funerários encontram-se regulados por restrições que podem obstaculizar o caminho normal do luto.

Frente às catástrofes, alguns autores recomendam intervenções que privilegiam os enfoques comunitários da saúde mental, (BERISTAIN; DONÀ, 1997) buscando favorecer o apoio social e a integração comunitária. No entanto, durante a pandemia, a necessidade de distanciamento social impediu a execução de muitas ações dentro dessa perspectiva e demandou a criação de novas estratégias baseadas no uso das tecnologias de comunicação digitais.

Diante dessas limitações, especificamente em Porto Seguro e na região sul da Bahia, surgiram projetos de atenção psicoterapêutica usando aplicativos de comunicação. Embora alguns deles fossem fundamentados na perspectiva psicoterapêutica tradicional de atendimento individual, trouxeram suporte a muitas pessoas que precisavam. Ao mesmo tempo, também foram realizadas alianças entre docentes das universidades federais baianas e profissionais de saúde e assistência social de diversos municípios, a partir das quais foram realizadas várias ações, entre elas, rodas de conversas virtuais, orientadas a criar redes de apoio para os profissionais que estavam em atendimento da população. Nesse sentido, a pandemia estimulou respostas criativas por parte da população, assim como novas estratégias de apoio aos profissionais que trabalham no atendimento. Em todo caso, ainda precisarão ser executadas muitas ações e criados espaços que ofereçam amparo para a superação das experiências traumáticas da pandemia. A narração e a construção da memória podem ser estratégias viáveis para a elaboração das experiências traumáticas.

Como apontado por Beristain (2010), os impactos causados pelo estresse que tais profissionais enfrentam frequentemente estão relacionados ao volume de trabalho, às frustrações e aos obstáculos. Esse estresse é cumulativo e aumenta sua intensidade com o tempo, gerando fadiga e sobrecarga emocional. Esse estresse também está relacionado às tensões próprias das dinâmicas institucionais e a seus conflitos que, no caso apresentado, aparecem na relação dos profissionais com a população atendida, mas também entre os próprios profissionais, em ocasiões com perspectivas políticas e de saúde divergentes, que se chocam entre si.

Confrontar-se com a dor e situações extremas também pode causar sofrimento, comprometendo a capacidade de trabalho. Não é fácil escutar ou presenciar acontecimentos traumáticos e violentos; sentir-se afetado por tais relatos e situações é comum e indica um envolvimento empático esperado nas pessoas que trabalham escutando o sofrimento humano. No entanto, essa experiência emocional

pode produzir um impacto emocional intenso que demanda acompanhamento e intervenções de apoio ao apoio. Adicionalmente, profissionais de apoio psicossocial ou de saúde, às vezes, podem encontrar-se com situações mais graves ou incidentes críticos, como ameaças ou agressões relacionadas diretamente com o trabalho. (BERISTAIN, 2010) Por exemplo, no contexto da atual pandemia, vários profissionais de saúde relataram experiências de exclusão ou discriminação relacionadas com seu trabalho.

Não devemos esquecer que as crises e as catástrofes, incluída a atual pandemia, apesar das dificuldades e sofrimento que implicam, também são cenários de reconstrução, criatividade e solidariedade, nos quais nascem novas formas de apoio social, estratégias de atendimento e de superação das experiências traumáticas.

Por outro lado, não podemos deixar de reconhecer que vivemos um cenário complexo que foi se agravando com a duração da pandemia e que tem os profissionais de saúde como o principal grupo que vivencia essa realidade intensamente, com momentos de exaustão física e esgotamento mental. Tais situações são intensificadas por problemas antigos dos serviços de saúde como o desfinanciamento histórico que dificulta o acesso a recursos materiais, equipamentos de proteção individual, testes, mas também a diminuição da força de trabalho com o afastamento dos profissionais mais vulneráveis (idosos e pacientes com comorbidades).

Finalmente, as experiências relatadas pelos profissionais corroboram o fato de que as catástrofes e, especificamente, a pandemia que hoje assola nosso planeta afetam diferentemente os sujeitos e as comunidades. Os participantes do estudo, que trabalham com populações vulneráveis, observam que a pandemia evidenciou a falta de recursos nos serviços e aprofundou as situações de violência e privação de direitos entre a população atendida. Esse cenário nos desafia, como sociedade, a criar estratégias conjuntas fundamentadas na solidariedade, que respondam às distintas dimensões desse acontecimento.

A ação coordenada dos poderes públicos é fundamental para uma melhor resposta a qualquer catástrofe. De outra forma, a crise provocada pela pandemia toma proporções maiores, afetando ainda mais a sociedade. Tal suporte institucional deve acompanhar, por princípio, a disponibilização de recursos e informações transparentes, fundamentadas em saberes socialmente reconhecidos, para que a coletividade e os profissionais de saúde e assistência social possam atuar pautados pelo respeito à vida e pelo reconhecimento da dignidade humana.

Referências

AGRELA, L. App do Magalu tem botão discreto para denunciar violência doméstica. *Revista Exame*, São Paulo, 28 maio 2020. Disponível em: https://exame.com/tecnologia/app-do-magalu-tem-botao-discreto-para-denunciar-violencia-domestica/. Acesso em: 22 fev. 2021.

BAHIA. *Principais delitos, quantidade de pessoas*: período de 01/01/2020 a 30/09/2020. Salvador: Secretaria de Segurança Pública do Estado da Bahia, 2020. Disponível em: http://www.ssp.ba.gov.br/arquivos/File/estatistica_2020/PESSOAS_ESTADO_JAN_A_JUN.pdf. Acesso em: 20 jan. 2021.

BARATA, R. C. B. Epidemias. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 3, n. 1, p. 9-15, 1987.

BERISTAIN, C. M. *Manual sobre la investigación psicosocial en derechos humanos*. Bilbao: Hegoa, 2010.

BERISTAIN, C, M.; DONÀ, G. *Enfoque psicosocial de la Ayuda Humanitaria*. Bilbao: Universidad de Deusto, 1997.

BIRMAN, J. *O trauma na pandemia do coronavírus*: suas dimensões políticas, sociais, econômicas, ecológicas, culturais, éticas e científicas. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2020.

COOPER, D. B. The new "black death": cholera in Brazil, 1855-1856. *Social Science History*, Cambridge, v. 10, n. 4, p. 467-488, 1986.

FERNÁNDEZ, I.; BERISTAIN, C.; PÁEZ, D. Emociones y conductas colectivas en catástrofes: ansiedad y rumor y conductas de pánico. *In*: APALATEGUI, J. (ed.). *La anticipación de la sociedad*: psicología social de los movimientos sociales. Valencia: Promolibro, 1999. p. 281-342.

FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA. *Anuário brasileiro de segurança pública*. São Paulo: FBSP, 2020. Disponível em: https://forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2020/10/anuario-14-2020-v1-final.pdf. Acesso em: 17 jan. 2021.

FOUCAULT, M. *Os anormais*. Tradução E. Brandão. São Paulo: Martins Fontes, 2001.

FREUD, S. Luto e melancolia (1917). *In*: FREUD, S. *A história do movimento psicanalítico*: artigos sobre metapsicologia e outros trabalhos (1914-1916). Rio de Janeiro: Imago, 1996. p. 249-263.

FRITZ, C. E. Disaster. *In*: MERTON, R. K.; NISBET, R. A. (ed.). *Contemporary social problems*. New York: Harcourt, Brace and World, 1961. p. 651-694.

GENNEP, A. V. *Os ritos de passagem*. 2. ed. Tradução M. Ferreira. Petrópolis: Vozes, 2011.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. *Atlas da violência 2019*: o retrato dos municípios brasileiros. Rio de Janeiro: Ipea, 2019.

MARQUES, S. S. *et al.* Violência contra mulheres, crianças e adolescentes em tempos de pandemia pela covid-19: panorama, motivações e formas de enfrentamento. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 36, n. 4, 2020.

MARTÍN-BARÓ, I. Guerra y salud mental. *Papeles del Psicólogo*, Madrid, v. 53, 1993. Disponível em: http://www.papelesdelpsicologo.es/resumen?pii=585. Acesso em: 28 jul. 2021.

MORIN, E. *As grandes questões do nosso tempo*. 4. ed. Lisboa: Editorial Notícias, 1994.

ONU MULHERES. *Gênero e covid-19 na América Latina e Caribe*: dimensões de gênero na resposta. Brasília, DF: ONU Mulheres Brasil, 2020.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Hechos sobre a definição de la pandemia por Influenza (H1N1) 2009 y seguridade de la vacuna. *PAHO*, [*s. l.*], abr. 2010. Disponível em: https://www.paho.org/es/file/25881/download?token=8_A4tL7U. Acesso em: 28 jul. 2021.

REIS, A. P. *et al.* Desigualdades de gênero e raça na pandemia de covid-19: implicações para o controle no Brasil. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, 2020. Disponível em: https://www.scielo.br/j/tes/a/d9H84fQxchkfhdbwzHpmR9L/?lang=pt. Acesso em: 28 jul. 2021.

TEIXEIRA; C. F. *et al.* A saúde dos profissionais de saúde no enfrentamento da pandemia de covid-19. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 9, p. 3465-3474, 2020.

VALDÉZ, P. R. *et al.* Ataque al personal de la salud durante la pandemia de covid-19 en Latinoamérica. *Acta Medica Colombiana*, Medellín, v. 45, n. 3, p. 55-69, 2020.

QUEM FORMA QUEM?

Experiência de extensão universitária em tempos de pandemia com profissionais da política pública de assistência social

LUANE NEVES SANTOS • INAYARA OLIVEIRA DE SANTANA
EVELIN FONSECA DE SALES • RAYLANE MENDES DE SOUZA
JESSICA CERQUEIRA DE ANDRADE • THAYNÁ STELMA BARROS RANGEL

O presente capítulo relata a experiência construída no Projeto de Extensão Quem forma quem? Estratégias de apoio e cuidado entre universidade e profissionais da política pública de assistência social, desenvolvido pelas autoras entre abril e dezembro de 2020, na Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB), como uma das contribuições do Centro de Ciências da Saúde e, mais especificamente, do curso de psicologia, em resposta aos desafios postos pela pandemia associada ao novo coronavírus (Sars-CoV-2), que provoca a doença denominada covid-19.

Frente à pandemia, a UFRB suspendeu o calendário acadêmico 2020/2021, em caráter excepcional e por tempo indeterminado, via Resolução do Conselho Acadêmico (Conac) nº 008/2020, de 21 de março de 2020, implicando a interrupção da oferta de componentes curriculares e regulares de ensino. Nesse sentido, foram suspensas as atividades de estágio nos Centros de Referência da Assistência Social (Cras) e no Centro de Referência Especializada da Assistência Social (Creas), localizados no município de Santo Antônio de Jesus, no estado da Bahia, supervisionados pelas professoras autoras desse trabalho.

Contudo, permaneceu o contato das docentes com profissionais técnicas(os) e da gestão vinculadas(os) à Secretaria Municipal de Assistência Social de Santo Antônio de Jesus. Assim, foi possível observar que as(os) profissionais e serviços desta política pública enfrentavam profundos desafios diante da pandemia. Desse modo, foi necessário reorganizar os fluxos de atendimento ao público, adotar medidas de biossegurança, aprofundar os conhecimentos em temáticas específicas e investir na construção coletiva e colaborativa de novos modos de atuar na assistência social.

Diante desse cenário, a UFRB reuniu esforços em todos os centros de ensino para contribuir com o enfrentamento dessa profunda crise sanitária, organizando, via Pró-Reitoria de Extensão (PROEXT), o Programa de Extensão de Acompanhamento e Enfrentamento à covid-19. Nosso projeto de extensão fez parte desses esforços com foco no desenvolvimento de estratégias de cuidado entre a universidade e os profissionais da política pública de assistência social, bem como de apoio aos processos de trabalho no Sistema Único de Assistência Social (Suas), que sofreram diversas transformações devido às restrições impostas pela covid-19. Visou, portanto, o suporte a essa política pública e suas(seus) trabalhadoras(es) no contexto pandêmico, incluindo apoio técnico e formação continuada às(aos) profissionais que atuam no Suas na Bahia.

Essa experiência conecta-se, ainda, com a parceria interinstitucional com docentes do curso de psicologia da Universidade Federal da Bahia (UFBA), inicialmente na proposição da roda de conversa “Refletindo coletivamente as incertezas: Psicologia, Emergências e Desastres e os desafios frente a pandemia do coronavírus (covid-19)”, em 8 de abril de 2020, mediada pela psicóloga Fernanda Blanco Vidal, doutoranda em psicologia ambiental na Cuny (Nova York)[1] e, posteriormente, pela construção do projeto de pesquisa “Pensar junto, fazer com: Pesquisa participativa de Educação Permanente, Saúde Mental e Atenção Psicossocial em tempos de covid-19”, submetido à Chamada MCTIC/CNPq/FNDCT/MS/SCTIE/Decit nº 07/2020 – Pesquisas para enfrentamento da covid-19, suas consequências e outras síndromes respiratórias agudas graves. O projeto, que seria desenvolvido pela UFBA em parceria com a UFRB e com a Universidade Federal do Sul da Bahia (UFSB), não logrou êxito na aprovação do financiamento, mas gerou desdobramentos positivos em ambas as universidades.

1 Programa Emergencial de Extensão Pensar junto, Fazer com: saúde mental em tempo de covid-19.

A política de assistência social no Brasil e o contexto de pandemia

> Há muito tempo que eu saí de casa
> Há muito tempo que eu caí na estrada
> Há muito tempo que eu estou na vida
> Foi assim que eu quis, e assim eu sou feliz.[2]

A assistência social foi incluída na Política de Proteção Social a partir da Constituição de 1988, que também a definiu como uma política pública não contributiva de direitos, que compõe, juntamente com a saúde e a previdência, o sistema de seguridade social do Brasil. (CORDEIRO; CURADO, 2017) Em 1993, com a aprovação da Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), através da Lei nº 8.742/1993, inaugurou-se uma nova concepção de assistência social no país, a qual aponta que as provisões assistenciais devem ser pensadas dentro do "campo dos direitos, a partir da universalização dos acessos e da responsabilidade estatal". (BRASIL, 2005, p. 31) Em 2004, foi publicada a Política Nacional de Assistência Social (PNAS), que visa a superação da desigualdade social e que preconiza aspectos norteadores para a assistência social no Brasil, como a descentralização, apontando atribuições e competências nos três níveis de governo e em diferentes políticas setoriais; a participação popular; a prática de controle social; o matriciamento sociofamiliar; e a relação com o território. Em relação a este último aspecto, a PNAS destaca que "o chão onde se encontram e se movimentam setores e segmentos faz diferença no manejo da própria política, significando considerar as desigualdades socioterritoriais na sua configuração". (BRASIL, 2005, p. 14) Essa política evidencia uma nova concepção sobre a assistência social, configurando-se como um aparato para o desenvolvimento humano e social, visando a superação do caráter tutelar ou assistencialista. Além disso, ela destaca a necessidade de uma leitura macro e microssocial que possibilite conhecer os riscos e perceber as possibilidades de enfrentamento.

A partir da Norma Operacional Básica de Recursos Humanos do SUAS/NOB/RH/SUAS (BRASIL, 2005) a contratação de psicólogas(os)[3] está prevista para com-

---

2 A canção "Caminhos do coração", de Gonzaguinha, inspira as sessões deste capítulo e foi tema do vídeo de agradecimento dedicado às(aos) psicólogas(os) participantes do grupo de apoio no encerramento do projeto de extensão "Quem forma quem?".

3 A escolha prioritária pelo gênero feminino, neste trabalho, para designação de profissionais que atuam na política pública de assistência social, em especial da psicologia, é uma referência à prevalência de mulheres nesse campo de atuação, haja vista que as profissões com maior número de profissionais atuantes nessa política, a saber psicologia e serviço social, são reconhecidas historicamente como profissões femininas.

por as equipes de referência do Suas fazendo com que essa política empregue um número considerável dessas(es) profissionais no país. (CORDEIRO; CURADO, 2017; MOTTA; SCARPARO, 2013) A presença de psicólogas(os) nessa política pública é tão expressiva que o Conselho Federal de Psicologia (2015) estima que aproximadamente 10% das(os) profissionais ativas(os) de psicologia estão atuando no Suas.

A(o) psicóloga(o) pode atuar em diferentes setores do Suas e, a depender de onde esteja, será atravessada(o) por diferentes questões, dadas as especificidades do campo. A atuação profissional na política de assistência social está voltada, principalmente, para o trabalho psicossocial e em qualquer espaço deve ser pautada na construção do fazer "com" e não "para" as pessoas. Essa perspectiva torna-se essencial em relação ao trabalho vinculado às políticas públicas, visto que essas apresentam a participação social como um dos eixos centrais. Assim, essa articulação horizontal com as(os) usuárias(os) e com os diferentes setores sociais é uma característica basilar para a atividade das(os) profissionais no Suas.

Esse trabalho "com" as pessoas usuárias do Suas envolve a não tutela e a superação do assistencialismo nas práticas e relações estabelecidas, respeitando a autonomia de cada pessoa e contribuindo para a sua emancipação. Essa noção também se relaciona com uma atuação interdisciplinar, interprofissional e intersetorial, que seja capaz de articular diferentes saberes, profissionais, serviços e políticas públicas para ampliar as possibilidades de trabalho.

Outro ponto relevante é que a(o) psicóloga(o) pode contribuir para a construção de um olhar dos grupos e fenômenos sociais considerando sua dimensão subjetiva, que também envolve a compreensão das relações de opressões entre classe, raça, gênero, orientação sexual, idade, dentre outras. Esse processo visa superar leituras que individualizam os sujeitos, já que esse olhar deve embasar-se na realidade social e no território onde cada pessoa está inserida, visando uma articulação indivíduo-sociedade.

Desse modo, a(o) psicóloga(o), no Suas, pode contribuir para o reconhecimento da capacidade apresentada pelas(os) usuárias(os), famílias e grupos, assim como aponta a PNAS. Inclusive, compreendendo que essas capacidades podem ser maximizadas e utilizadas como uma das ferramentas de superação da desigualdade social. Assim, estará "considerando a experiência de sujeitos, enquanto seres capazes de implicar-se e contribuir para respostas às situações de violações de direitos que vivenciam, construindo novos significados para sua vida, da família e da comunidade". (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2012, p. 61) De maneira geral, essas(es) profissionais devem sempre compreender o seu papel como "viabilizadores

de direitos", (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2007, p. 33) evidenciando a concepção da assistência social como uma política pública, direito das(os) usuárias(os) e dever do Estado.

Em fevereiro de 2020, o Brasil declarou estado de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional, devido à pandemia da covid-19, por meio da Portaria nº 188 do Ministério da Saúde. Considerando que a assistência social no Brasil tem papel fundamental na proteção social, o Estado brasileiro, através do Decreto nº 10.282, de 20 de fevereiro de 2020, (BRASIL, 2020a) buscou garantir a oferta regular de serviços e programas socioassistenciais voltados à população mais vulnerável e em risco social, e promover a integração necessária entre o Suas e o Sistema Único de Saúde (SUS).

Visando orientar gestoras(es) e trabalhadoras(es) do Suas no cenário da pandemia, o Ministério da Cidadania publicou a Portaria nº 337, em 24 de março de 2020, normatizando a garantia de oferta regular dos serviços e programas socioassistenciais. (BRASIL, 2020b) Em 14 de julho de 2020, a Secretaria Nacional de Assistência Social publicou a Portaria nº 100, em conjunto com a Nota Técnica nº 36, trazendo recomendações para o funcionamento da rede socioassistencial de Proteção Social Básica (PSB) e de Proteção Social Especial (PSE) de Média Complexidade do Suas, de modo a assegurar a manutenção da oferta do atendimento à população. (BRASIL, 2020c)Em função de todas as mudanças ocasionadas pela pandemia e pelas recomendações contidas nas regulamentações citadas, o Conselho Federal de Psicologia publicou, em 26 de março de 2020, a *Resolução nº 4*, que dispõe sobre a prestação de serviços psicológicos por meio de tecnologia da informação e da comunicação em tempos de pandemia. A entidade realizou ainda, desde 23 de março de 2020, uma série de diálogos digitais sobre a atuação profissional da psicologia nas políticas públicas de saúde e de assistência social no contexto da pandemia, apontando seu papel estratégico de levar informações e orientações mais adequadas a seus territórios de atuação.

O Projeto de extensão Quem Forma Quem?

> Principalmente por poder voltar
> A todos os lugares onde já cheguei
> Pois lá deixei um prato de comida
> Um abraço amigo, um canto pra dormir e sonhar.

Visando contribuir para o enfrentamento da pandemia no âmbito da UFRB, o projeto de extensão "Quem forma quem? Estratégias de apoio e cuidado entre univer-

sidade e profissionais da política pública de assistência social" reuniu ações com os seguintes objetivos:

- Apoiar tecnicamente as(os) profissionais e os serviços vinculados ao Suas na Bahia no que tange à reorganização do trabalho frente à pandemia da covid-19;
- Implementar um grupo de apoio para as(os) psicólogas(os) do Suas no município de Santo Antônio de Jesus (BA);
- Organizar um ciclo de formação com as(os) profissionais da assistência social, prioritariamente de Santo Antônio de Jesus e, sempre que possível, expandindo para outros municípios da Bahia, em especial do Recôncavo e região metropolitana.

O eixo estruturante do projeto foi a constituição de um Grupo de Apoio para as(os) psicólogas(os) que atuavam nos Cras e Creas em Santo Antônio de Jesus. O objetivo dessa atividade foi construir um espaço para o compartilhamento de informações técnicas e de discussão sobre possíveis estratégias de atuação da psicologia na assistência social no contexto de pandemia. A metodologia de trabalho consistiu na realização de encontros virtuais e na organização de um ciclo formativo virtual com temas escolhidos pelas(os) próprias(os) profissionais.

O público-alvo do ciclo formativo foi variável, pois dependia dos objetivos e da temática adotada. Sendo assim, tivemos formações específicas para as(os) psicólogas(os), outras que incluíram toda a equipe técnica e/ou a gestão, formações voltadas para as(os) profissionais de nível médio, dentre outras configurações. O foco principal foi apoiar as(os) profissionais e serviços vinculados ao Suas em Santo Antônio de Jesus, mas em alguns casos foi possível ampliar o público-alvo, englobando profissionais dessa política pública atuantes em outros municípios da Bahia e estados.

Santo Antônio de Jesus é um município brasileiro do estado da Bahia que está localizado no Recôncavo Sul, a 187 km de Salvador. É considerado a capital do Recôncavo Baiano por ser um significativo centro comercial, industrial e de serviços para toda a região. Contando com uma população estimada de 102.380 habitantes, (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2020) o município possui quatro Cras e um Creas. O primeiro Cras foi instalado no ano de 2007 e atualmente é denominado Cras Cidadania. O segundo a ser criado foi o Cras Quilombola, no ano de 2008. Dois anos depois, foi inaugurado o Cras Comunidade, situado atualmente no bairro Renato Machado. O quarto Cras foi criado em 2012 no bairro São Benedito e é denominado Cras Nazareth Assis. Já o Creas está localizado no bairro Urbis I e foi inaugurado em 2006.

E aprendi que se depende sempre
De tanta, muita, diferente gente
Toda pessoa sempre é as marcas
Das lições diárias de outras tantas pessoas.

O grupo de apoio às(aos) psicólogas(os) e o ciclo de formação virtual constituíram um espaço de suporte técnico em perspectiva horizontal, no qual universidade e serviços construíram e compartilharam conhecimentos de forma conjunta, buscando consolidar espaços coletivos e colaborativos de formação continuada para profissionais, mas também docentes e estudantes, ao entrarem em contato com os desafios e potencialidades cotidianas da política pública de assistência social.

Foram realizados doze encontros do grupo de apoio, os quais contaram com a participação das duas professoras que coordenaram o projeto, de quatro estudantes extensionistas e de nove psicólogas(os) das quatro unidades do Cras e do Creas, instaladas no município de Santo Antônio de Jesus. Além disso, as docentes responsáveis pelo projeto mantiveram contato constante com a gestão do município, para a discussão de questões relativas ao funcionamento do grupo, organização e divulgação do ciclo de formação virtual (que ocorreu de forma paralela ao grupo de apoio), dentre outras questões.

Ao longo do seu desenvolvimento, o grupo foi continuamente atravessado por reflexões sobre a prática profissional da psicologia no Suas, seus desafios e potencialidades. Nos primeiros meses de funcionamento, o foco foi direcionado às mudanças e reorganizações nos serviços, ocasionadas pela pandemia. As questões acolhidas se relacionavam, principalmente, ao risco de contágio pelo novo Coronavírus e à necessidade de implementação de medidas de biossegurança, as dificuldades em realizar visitas domiciliares e os desafios da comunicação no trabalho de orientação às(aos) usuárias(os).

Passados os primeiros meses, o grupo se direcionou, também, a outros aspectos da atuação na política de assistência social, entendendo que, embora as demandas referentes à pandemia ainda persistissem, os serviços progressivamente retomaram o trabalho presencial, consolidando a reorganização da rotina e modos de funcionamento. Assim, novas demandas surgiram e as questões acolhidas giravam em torno da fragilização do Suas, precarização do trabalho e fragilidade dos vínculos, implicações do processo eleitoral municipal nos serviços, estratégias pessoais e coletivas de enfrentamento, dentre outras.

Algumas metodologias específicas foram adotadas nos encontros, como, por exemplo, estudos de caso e rodas de cuidado. No primeiro, a(o) profissional apresentava um caso atendido no serviço (considerando as medidas para preservação do

sigilo) e em seguida todas(os) discutiam, ofertando reflexões e contribuições para a assistência. Desse modo, coletivamente eram construídas reflexões e estratégias para o cuidado da(o) usuária(o), permitindo que a análise se estendesse também para outras situações que aparecem no cotidiano dos serviços.

A roda de cuidado é uma metodologia desenvolvida pela professora Dra. Suely Aires, vivenciada em atividades como o Projeto Casulo: uma experiência de promoção do cuidado na pandemia para os residentes multiprofissionais e de área profissional do Hupes/UFBA, realizado em 2020. Tivemos contato com essa proposta na atividade virtual Respiro e Suspiro: rodas de cuidado em tempos de pandemia, conduzida pela autora e promovida pelo grupo de trabalho Vínculos Psi no dia 27 de agosto de 2020, na UFRB. Fomos muito afetadas por esse encontro e percebemos que a inclusão das rodas poderia potencializar o trabalho no grupo de apoio, que vinha sofrendo um esvaziamento das(os) participantes desde o retorno ao trabalho presencial em tempo integral, sendo frequentes os relatos de sobrecarga e a necessidade de espaços de acolhimento para além do apoio técnico e da formação continuada.

Nas rodas de cuidado, o objetivo era a produção de um cuidado compartilhado, incluindo, mas indo além do apoio técnico. Nessa perspectiva, o cuidado é compreendido como tessitura coletiva, construído por meio da horizontalidade como um afeto que circula pelo acolhimento mútuo e pelo estabelecimento de relações de solidariedade, diferentemente da tradicional relação vetorial entre participantes e facilitadoras. Desse modo, a roda gira por meio da escuta e pelo resgate de elementos estéticos e honra ao belo. (AIRES, 2020) Após o diálogo e acolhida coletiva sobre as questões que atravessavam as(os) profissionais, extensionistas e professoras, pessoal e profissionalmente, foram compartilhados elementos relacionados à arte e beleza – como poesias e trechos de música –, entendendo a dimensão artística como uma potente forma de enfrentamento às adversidades.

Realizamos, também, uma roda de conversa no Fórum Interdisciplinar de Saúde do Recôncavo: covid-19 e seus desafios, no dia 14 de julho de 2020, que contou com a participação das professoras coordenadoras e duas profissionais que representaram o grupo: Lilia Galvão (Cras Nazareth Assis) e Marla Ralini (Creas). A roda apresentou o seguinte título "O papel da psicologia na Assistência Social diante do enfrentamento à covid-19", e foi um modo de compartilhar as discussões e reflexões que foram construídas pelos serviços e a partir do grupo de apoio no enfrentamento à pandemia.

A partir dos encontros do grupo de apoio, e do contato com profissionais da gestão, percebemos a necessidade de construir espaços que conseguissem abarcar

diferentes questões levantadas pelas(os) trabalhadoras(es), principalmente, relacionadas à discussão e ao aprofundamento em temáticas específicas.

Assim, o ciclo de formação virtual estruturou-se como mais uma ação do projeto de extensão que promoveu a realização de treze encontros formativos sobre temas diversos com a facilitação de profissionais especialistas, tais como enfermeiras, psicólogas e docentes de instituições de ensino superior. O ciclo apresentou público variado, que englobava profissionais de diferentes setores do Suas, como psicólogas(os), assistentes sociais, profissionais vinculadas(os) à gestão, ao programa Primeira Infância e que trabalhavam com o primeiro acolhimento das(os) usuárias(os), estudantes convidadas(os), professoras e extensionistas do projeto. A seguir, apresentamos uma tabela com a descrição dos encontros:

Tabela 1 – Atividades do ciclo formativo

DATA HORÁRIO	DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE	PÚBLICO-ALVO
21/05 16h-18h	Capacitação em biossegurança com foco na covid-19	Profissionais do Suas
10/06 14h-16h	Capacitação em biossegurança com foco na covid-19	Profissionais do Suas (ampliado para Recôncavo da Bahia)
16/06 14h-16h	Comunicação centrada na(o) usuária(o)	Psicólogas(os) do Suas
23/06 14h-16h	Diálogos em biossegurança com foco na covid-19	Aberto para pessoas interessadas no tema
28/07 16h-18h	Os processos de trabalho na assistência social em tempos de pandemia: parâmetros para reorganização dos serviços	Profissionais do Suas
03/09 14h-16h	Abordagem social a pessoas em situação de rua	Profissionais que atuam na abordagem social
16/09 14h-16h	Roda de Conversa: Sistema Único de Assistência Social e a matricialidade sociofamiliar	Profissionais que atuam no Programa Primeira Infância
17/09 14h-16h	Segunda etapa da abordagem social a pessoas em situação de rua	Profissionais que atuam na abordagem social
24/09 15h30-17h30	O lugar da atenção às mulheres em situação de violência doméstica na assistência social	Profissionais do Suas
08/10 14h-16h	Cuidados com crianças de 0 a 3 anos em tempos de pandemia	Profissionais do Programa Primeira Infância

DATA HORÁRIO	DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE	PÚBLICO-ALVO
SUSPENSO	Futuro em liberdade: olhares sobre os adolescentes e jovens autores de atos infracionais	Profissionais do Suas, Educação, Saúde, Cultura e Esporte
02/12 14h-16h	Saúde das gestantes em tempos de pandemia	Profissionais do Programa Primeira Infância
25/11 16h-18h	Reflexões sobre o acolhimento na política de assistência social	Profissionais que trabalham com o primeiro acolhimento das(os) usuárias(os) no Suas
08/12 19h-21h	O trabalho psicossocial na assistência social: desafios e potencialidades intra e interprofissionais	Psicólogas(os) e Assistentes Sociais da proteção básica e especial no SUAS

Fonte: elaborada pelas(os) autoras(es).

As três primeiras edições do ciclo formativo aconteceram no início da pandemia no Brasil, quando o diálogo sobre biossegurança ainda era incipiente para profissionais que não trabalhavam nos serviços de saúde. Foram realizadas três edições com o tema "Biossegurança com foco na covid-19", com a participação de profissionais da assistência social de várias cidades da Bahia e especialmente do Recôncavo, além de profissionais de outros estados, o que evidenciava a necessidade de ampliação do repertório neste tema.

Posteriormente, optamos que o ciclo de formação virtual se voltasse, prioritariamente, para profissionais da assistência social que atuam em Santo Antônio de Jesus, diante da demanda local e a importância de territorializar as discussões, proporcionando espaços de reflexão mais focados na realidade do município. Dessa forma, aconteceram três encontros formativos marcados pela participação de trabalhadoras(es) das mais diferentes categorias (educadores sociais, recepcionistas, assistentes sociais, psicólogas(os), coordenadoras, dentre outros) com os seguintes temas: "Os processos de trabalho na assistência social em tempos de pandemia: parâmetros para reorganização dos serviços", "O lugar da atenção às mulheres em situação de violência doméstica na assistência social"[1] e "O trabalho psicossocial na assistência social: desafios e potencialidades intra e interprofissionais".

Houve, também, a proposta de um encontro formativo para refletir sobre o trabalho com adolescentes e jovens autores de ato infracional, visando problematizar os efeitos do preconceito sobre a assistência prestada a tais usuários em diferentes

1 Demanda associada à campanha do Agosto Lilás e às discussões sobre o potencial aumento da violência contra a mulher durante a pandemia devido à recomendação de isolamento social.

políticas públicas, incluindo profissionais da assistência social, saúde, educação, cultura e esporte, nomeada de "Futuro em liberdade: olhares sobre os adolescentes e jovens autores de atos infracionais". O encontro era a primeira ação intersetorial desenvolvida pelo projeto, em parceria com o Creas, e estimulada pela produção do Plano Municipal de Medidas Socioeducativas. O encontro, contudo, foi suspenso devido ao não comparecimento das(os) participantes, suscitando muitas reflexões e diálogos com a gestão municipal para compreender essa situação atípica, uma vez que o engajamento e participação era uma marca do processo.

Também realizamos um encontro formativo sobre "Comunicação centrada na(o) usuária(o)", a qual foi restrita às(aos) psicólogas(os_ que compuseram o grupo de apoio e dois encontros com o tema "Abordagem social a pessoas em situação de rua", voltados para a equipe de atendimento à pessoa em situação de rua. Outra temática discutida em uma das edições do ciclo de formação virtual, a pedido da gestão municipal, foi "Reflexões sobre o acolhimento na política de assistência social", na qual estiveram presentes profissionais que trabalhavam com o primeiro acolhimento das(os) usuárias(os) da assistência social.

Ademais, realizamos três encontros formativos voltados para profissionais vinculadas(os) ao Programa Primeira Infância, com as seguintes temáticas: "Sistema Único de Assistência Social e a matricialidade sociofamiliar", "Cuidados com crianças de 0 a 3 anos em tempos de pandemia" e "Saúde das gestantes em tempos de pandemia".

Ao final de cada edição do ciclo formativo e do grupo de apoio, realizamos momentos de avaliação coletiva sobre os encontros e enviamos formulários virtuais para as(os) participantes responderem com suas percepções, principalmente sobre aspectos voltados para organização e condução da atividade. Nesses espaços, nos colocamos disponíveis para o acolhimento de dúvidas, críticas, elogios e sugestões. De modo geral, todas as edições do ciclo formativo foram avaliadas positivamente nos seguintes aspectos: atendeu/superou as expectativas das(os) participantes; o tempo destinado para a atividade foi considerado adequado; os temas e palestrantes convidadas foram considerados bons/excelentes. No que diz respeito ao grupo de apoio, a avaliação também foi positiva, sendo sinalizado como principal entrave à participação a dificuldade de estabelecer um horário comum entre as(os) participantes.

Também realizamos seis encontros de supervisão entre estudantes extensionistas e professoras coordenadoras. Essas reuniões foram marcadas por muitas trocas, reflexões e discussões teóricas sobre a atuação da psicologia na assistência social. Além das questões práticas referentes à organização dos encontros do grupo de apoio, do ciclo de formação virtual e da organização das responsabilidades, foram

discutidos temas que atravessam a assistência social e que embasam a atuação. Entre as temáticas discutidas estão: história da assistência social no Brasil; diferenças entre a assistência e a lógica do assistencialismo/benesses; desigualdade social no Brasil, intersetorialidade e interdisciplinaridade no Suas; desafios e potencialidades da atuação; entre outras.

Foram produzidos, pelas estudantes extensionistas, relatórios descritivos referentes aos encontros de supervisão e do grupo de apoio, como uma forma de registro e síntese dos acontecimentos, encaminhamentos e reflexões compartilhadas nesses espaços. A produção dos relatórios cumpriu um marcante papel formativo para as discentes no exercício da produção de documentos escritos, tão necessário no cotidiano das(os) psicólogas(os) no Suas.

> E é tão bonito quando a gente entende
> Que a gente é tanta gente onde quer que a gente vá
> E é tão bonito quando a gente sente
> Que nunca está sozinho por mais que pense estar

Depois de apresentarmos, em linhas gerais, como desenvolvemos o grupo de apoio e o ciclo de formação virtual, queremos convidar as(os) leitoras(os) para nos acompanharem em algumas reflexões sobre a relação dessas experiências com aspectos da educação permanente no Suas, presentes em quatro documentos: a *Norma operacional básica de recursos humanos do SUAS* (NOB-RH/SUAS); a *Política Nacional de Educação Permanente do Sistema Único de Assistência Social* (PNEP/SUAS); *Referências técnicas para atuação do(a) psicólogo(a) no Cras/Suas*; *Referências técnicas para atuação de psicólogas(os) nos Centros de Referência Especializado de Assistência Social – Creas*. Organizamos essas reflexões em cinco itens, descritos a seguir.

Importância da educação permanente no SUAS

A NOB-RH/SUAS destaca que a educação permanente "significa o atendimento às necessidades de formação e qualificação sistemática e continuada dos trabalhadores do SUAS". (BRASIL, 2006, p. 20) De forma complementar a essa compreensão, a PNEP/Suas evidencia que essa modalidade educacional se caracteriza como um processo contínuo de atualização e renovação de conceitos, práticas e atitudes profissionais que considerem o movimento histórico, valores e princípios, além do contato com aportes teóricos, metodológicos, científicos e tecnológicos disponíveis. (BRASIL, 2013)Outro aspecto relevante apontado na PNEP/Suas é que a educação

permanente se constitui como um processo "mediado pela problematização e reflexão quanto às experiências, saberes, práticas e valores pré-existentes e que orientam a ação desses sujeitos no contexto organizacional ou da própria vida em sociedade". (BRASIL, 2013, p. 34)Nessa mesma direção, as *Referências técnicas para atuação da(o) psicóloga(o) no CRAS* apontam que um dos princípios que devem orientar a prática da(o) psicóloga(o) nesse espaço é: "manter-se em permanente processo de formação profissional, buscando a construção de práticas contextualizadas e coletivas". (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2007, p. 26) A disponibilidade das(os) profissionais em participar das ações desenvolvidas nesse projeto demonstra um alinhamento a esse princípio, considerando que tanto o grupo de apoio quanto o ciclo de formação virtual se direcionaram à formação das trabalhadoras(es).

Diante dessas questões, é possível considerar que essas duas experiências se configuram como atividades que contribuíram para o desenvolvimento da educação permanente, visto que permitiram que as(os) profissionais refletissem sobre seus processos de trabalho, atualizando-os e renovando-os. Por exemplo, após os encontros sobre "Biossegurança com foco na covid-19", fomos informadas que alguns aspectos indicados nessas capacitações foram compartilhados com as equipes e incorporados à rotina dos serviços.

O grupo de apoio, de forma mais específica, por trabalhar questões técnicas concomitantemente às questões pessoais e ao cuidado à(ao) profissional, permitiu muitas trocas sobre os desafios da atuação e sobre estratégias de enfrentamento, entendendo que diferentes serviços da rede de assistência social muitas vezes são atravessados por questões semelhantes, enquanto a troca de experiências permite a visualização de diferentes possibilidades para o manejo das situações cotidianas. De acordo com as *Referências técnicas para atuação do(a) psicólogo(a) no Cras*:

> Os trabalhadores sociais, organizados em equipes, devem, sistematicamente, desenvolver atividades de reflexão sobre as práticas em grupos e fortalecer os laços sociais. A troca de experiências e a interlocução entre pares possibilitam promover o entendimento, buscar alternativas e soluções, acompanhar o trabalho desenvolvido pelos colegas e discutir obstáculos enfrentados, uma vez que não se encontram respostas fechadas sobre a condução da prática. (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2007, p. 40)

Assim, entendemos que as trocas e compartilhamentos entre profissionais têm uma grande relevância para a condução do trabalho social, de modo que o grupo de

apoio e ciclo de formação virtual buscaram promover espaços para potencializar tais encontros, ampliando a discussão para incluir a universidade nesse processo.

Finalidade da educação permanente no Suas

Em relação à finalidade, a NOB-RH/SUAS destaca que a capacitação das(os) trabalhadoras(es) da assistência social visa a produção e difusão de conhecimentos direcionados para três componentes: "desenvolvimento de habilidades e capacidades técnicas e gerenciais, ao efetivo exercício do controle social e ao empoderamento dos usuários para o aprimoramento da política pública". (BRASIL, 2006, p. 17) Na condução do projeto de extensão, consideramos que o desenvolvimento das atividades nos encontros formativos, ao envolver diretamente as(os) trabalhadoras(es), alcançaria as(os) usuárias(os) da política pública de assistência social por meio das atuações dessas(es) profissionais.

Além disso, a NOB-RH/SUAS apresenta que a educação permanente "tem o objetivo de melhorar e ampliar a capacidade laboral do trabalhador em função de suas necessidades individuais, da equipe de trabalho e da instituição em que trabalha, das necessidades dos usuários e da demanda social". (BRASIL, 2013, p. 37) Sobre isso, a PNEP/Suas coloca que a educação permanente deve se debruçar nas questões, demandas e necessidades que emergem dos processos de trabalho. (BRASIL, 2013)Ao analisarmos as experiências do grupo de apoio e do ciclo de formação virtual, reconhecemos que cada encontro foi construído com o intuito de responder às demandas apresentadas pelas(os) profissionais e gestão. Com isso, todos os temas discutidos foram escolhidos por elas(es) e apresentaram relação direta com suas vivências nos serviços. De modo que essas atividades não se caracterizaram como espaços voltados, unicamente, para a disseminação de informação, mas para a construção conjunta do conhecimento. Sendo este vinculado aos desafios vivenciados, às reflexões sobre possíveis estratégias de enfrentamento, à realidade local e às percepções e saberes das(os) profissionais presentes sobre o cotidiano de cada serviço.

Sobre esses últimos aspectos, a NOB-RH/SUAS aponta que as diversidades e especificidades regionais e locais precisam ser consideradas na elaboração dos planos de capacitação. (BRASIL, 2006) Reconhecemos que esse princípio sempre foi levado em consideração na nossa atuação, inclusive, como sinalizado anteriormente, diante da grande demanda local, se tornou mais viável que o projeto se voltasse prioritariamente para profissionais de um único município. Essa estratégia foi utilizada porque reconhecemos a territorialidade como um fator essencial para as ações desenvolvidas.

Nas *Referências técnicas para atuação da(o) psicóloga(o) no* CRAS, destaca-se que "um dos principais desafios dos processos de educação permanente consiste em articular a visão global do sistema com a análise dos problemas efetivos da prática em contextos específicos". (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2007, p. 32) Nesse sentido, as experiências do grupo de apoio e do ciclo de formação virtual foram marcadas pelo diálogo entre teoria (questões mais gerais), vivências profissionais e a realidade local, sem hierarquização entre elas. Em relação ao ciclo, o fato da maioria das facilitadoras já terem ocupado ou ainda ocuparem o lugar de trabalhadoras do Suas pode ter contribuído para esse processo, já que seus posicionamentos estavam ancorados em referenciais teóricos e em experiências profissionais nessa política pública.

Finalizamos a discussão dessa categoria com um trecho muito significativo da PNEP/Suas:

> Para ser efetivo, democrático e participativo, o processo de ensino e aprendizagem, mobilizado pela Educação Permanente precisa ter significado para os trabalhadores e agentes de controle social do SUAS. Deve se constituir em processo de aprendizagem significativa. Por significativo compreende-se o processo de aprendizagem que se desenvolve pela interiorização de novos conhecimentos, habilidades e atitudes a partir da mobilização dos saberes e experiências prévias. (BRASIL, 2013, p. 37)

Perspectiva interdisciplinar na educação permanente no SUAS

Inicialmente, o projeto se voltou apenas às(aos) profissionais da psicologia que trabalhassem na assistência social em Santo Antônio de Jesus-BA, sendo esse o público-alvo do grupo de apoio. Conforme mencionado anteriormente, com o decorrer dos encontros, percebemos que havia uma demanda das(os) profissionais e da gestão por espaços formativos com temas mais específicos. Surgiu, assim, a necessidade da criação do ciclo de formação virtual, no qual foram desenvolvidas atividades que ocorreram de forma paralela e complementar ao grupo de apoio.

A NOB-RH/SUAS propõe que a capacitação no Suas deve destinar-se a todas as pessoas vinculadas à política de assistência social, como gestoras(es), trabalhadoras(es), técnicas(os), integrantes da rede socioassistencial e conselheiros, por exemplo. (BRASIL, 2006) A partir das atividades do ciclo de formação virtual, foi possível incluir diferentes categorias profissionais e níveis de escolaridade nas formações

ofertadas, com o intuito de integrar as diferentes profissões que atuam no Suas e valorizar a perspectiva do trabalho interdisciplinar.

A interdisciplinaridade é um princípio fundamental para o desenvolvimento do trabalho social na política de assistência social, justamente por contribuir para ampliação das práticas profissionais e para a possibilidade de construção de novos saberes, sem desconsiderar os saberes e especificidades de cada área. (BRASIL, 2006; CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2012) O ciclo de formação virtual, ao não se restringir a profissionais da psicologia, tanto no público-alvo quanto entre as facilitadoras, incentivou que o conhecimento fosse construído dentro dessa perspectiva.

Considerando que, independentemente do serviço, qualquer trabalho desenvolvido no Suas deve acontecer de forma interdisciplinar, é de extrema relevância que as(os) profissionais já sejam formadas(os) nessa perspectiva. Portanto, os processos formativos que integram diferentes profissionais e dialogam com áreas distintas podem ser uma excelente ferramenta para atingir o objetivo de uma atuação mais integrada, que conte com práticas colaborativas.

Assim, entendemos que atingimos o objetivo de propor uma formação interdisciplinar adequada ao trabalho no Suas. Cada momento foi construído coletivamente por meio do compartilhamento de opiniões, dúvidas, saberes e relatos de experiências das facilitadoras, professoras, estudantes e participantes, de modo que todas as pessoas contribuíram e foram extremamente importantes para que obtivéssemos um resultado positivo.

Condução dos encontros no projeto de extensão "Quem forma quem?"

Diante do contexto de pandemia e da necessidade de distanciamento social, todos os encontros do grupo de apoio e do ciclo de formação foram realizados por meio da plataforma virtual utilizada pela universidade. Essas atividades envolveram diferentes metodologias, compreendendo a formação como um processo contínuo que pode fazer uso de diferentes recursos, mas que é sempre potencializada pela discussão e construção coletiva.

Na NOB-RH/SUAS, está colocado que, para execução de atividades voltadas à educação permanente, deve-se adotar metodologias e ferramentas que promovam o compartilhamento de experiências. (BRASIL, 2006) Nesse sentido, no decorrer das atividades do ciclo de formação virtual e do grupo de apoio, estivemos atentas para incentivar a interação e acolher cuidadosamente cada fala realizada de forma oral ou escrita pelo *chat*.

No contexto do grupo de apoio, uma das metodologias utilizadas para promover a interação foi a discussão de estudos de casos. O estudo de caso está previsto como um dos métodos de trabalho da(o) psicóloga(o) nos serviços da assistência social e tem como objetivo:

> Ampliar a compreensão de indivíduos e famílias em suas relações, particularidades e especificidades, na busca de estratégias e metodologias de intervenção para alcance dos resultados identificados e apontados no Plano de Acompanhamento individual e/ou familiar, avaliando resultados alcançados e demandas, assim como necessidade de readequações. (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2012, p. 78)

No projeto, essa estratégia envolveu estudos com profissionais que compõem diferentes serviços da rede socioassistencial, professoras e estudantes extensionistas. Isso permitiu que a reflexão sobre o caso fosse realizada considerando diferentes olhares e perspectivas, de modo que cada uma(um) contribuía para a discussão de acordo com sua experiência. Outro aspecto interessante foi proporcionar um espaço de reflexão e partilha entre profissionais de diferentes unidades do Suas, incentivando a construção de ações conjuntas entre a proteção básica e especial para um efetivo trabalho psicossocial.

Outra metodologia utilizada no grupo de apoio foi a roda de cuidado, que configura uma proposta de cuidado coletivo. Essa proposição surgiu do entendimento de que era relevante ir além das questões mais técnicas, proporcionando espaço para a criação de vínculos e para outros modos de expressão.

Nesse sentido, ao pensar no modo como o projeto foi planejado e desenvolvido, acreditamos que é válido evidenciar o afeto como fio condutor de todas as ações que desenvolvemos. Com a pandemia da covid-19, as mudanças foram muito além das reorganizações e adaptações nos serviços, modificaram o modo de vida em sociedade. Assim, todas as pessoas foram, mais ou menos, afetadas por esse momento atípico.

No grupo de apoio e no ciclo de formação virtual, aprendemos no fazer cotidiano que um encontro formativo é potencializado quando o concebemos como um encontro de pessoas que, vivenciando uma situação adversa de forma coletiva, podem se apoiar e cuidar mutuamente. Dessa forma, todas as trocas, a escuta, as devolutivas e o compartilhamento de estratégias de enfrentamento, permitiram a criação de vínculos afetivos que não se limitam à duração desse projeto.

Parceria entre universidade e gestão municipal do suas no projeto de extensão "Quem forma quem?"

A NOB-RH/Suas propõe que a gestão do trabalho no âmbito do Suas deve "garantir a educação permanente dos trabalhadores" (BRASIL, 2006, p. 17) com responsabilidades que devem ser assumidas em esferas federal, estadual e municipal. Ao abordar essa temática, as instituições de ensino superior são consideradas parceiras na realização de atividades de capacitação, pesquisa e extensão, como indica o trecho abaixo:

> A capacitação no âmbito do SUAS deve estabelecer mecanismos de parcerias entre as instituições de ensino e a gestão do Sistema. [...] deve incentivar a produção e publicação de pesquisas acerca dos resultados das capacitações realizadas, visando a criar uma fonte de consultas e dar visibilidade às capacitações. (BRASIL, 2006, p. 19)

Nessa perspectiva, reconhecemos que o grupo de apoio e o ciclo de formação virtual são frutos da parceria estabelecida, especialmente, pela UFRB com a gestão do Suas na cidade de Santo Antônio de Jesus. Foi por meio dessa vinculação que conseguimos contribuir ativamente para educação permanente de profissionais da política de assistência social.

A relação entre universidade e gestão apresenta desafios e um deles é o desenvolvimento da educação permanente. Mesmo quando é reconhecida pelas(os) profissionais da gestão como uma responsabilidade e como algo necessário para o aprimoramento da política pública de assistência social, esbarra em diversos desafios para sua operacionalização. Entre esses desafios, podemos citar o fato das formações não alcançarem as(os) trabalhadoras(es) em sua totalidade, ocorrerem muitas vezes de forma pontual e nem sempre serem incorporadas na carga horária de trabalho das(os) profissionais.

Essa análise sobre a educação permanente faz parte de um contexto mais amplo do Suas. Por exemplo, durante os encontros do grupo de apoio, um ponto de discussão se destacou por sua recorrência e por atravessar todas(os) as profissionais, sendo também um ponto de reflexão para as professoras e estudantes. Houve muitas discussões sobre a precarização do trabalho na assistência social e a fragilidade dos vínculos, o que demonstrou que esse é um tema que impacta profundamente a atuação das(os) profissionais.

A precarização das relações de trabalho contraria diretrizes da NOB-RH/Suas e pode comprometer a relação das(os) trabalhadoras(os) com o sistema, prejudicando

o estabelecimento de vínculos com a população e a continuidade de serviços essenciais, além de acúmulo de responsabilidades para a(o) profissional e/ou desvio de suas funções. Debater essas questões é um modo de pautar os direitos das(os) trabalhadoras(es) e das(os) usuárias(os). (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2007, 2012) Nesse sentido, as *Referências técnicas para a prática de psicólogas(os) nos Cras e Creas* destacam que:

> A qualificação técnica de todos os profissionais do SUAS no desenvolvimento de competências, requer o reconhecimento, por parte do gestor, da importância do trabalhador e por consequência, o investimento de recursos financeiros condizentes com os desafios a serem enfrentados no atual estágio do SUAS. (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2012, p. 100)

Desse modo, a finalidade do projeto de extensão apresentou duas dimensões: a primeira relacionada com a função social da universidade e sua relação com diferentes esferas da sociedade, a qual apontou necessidades como: apoiar tecnicamente profissionais e os serviços vinculados ao Suas, principalmente em relação à reorganização do trabalho frente à pandemia da covid-19; construir um grupo de apoio para as(os) psicólogas(os); organizar um ciclo de formação virtual com as(os) profissionais da assistência social; consolidar uma parceria com a gestão pautada na horizontalidade e que sustente os tensionamentos necessários.

A segunda dimensão estava mais articulada com a comunidade interna da universidade, visto que, nesse projeto, universidade e serviços formaram e formaram-se em um processo colaborativo de construção de conhecimentos e práticas. Assim, ao propor uma perspectiva horizontal, as ações desenvolvidas constituíram-se também como ferramentas para valorização das(os) trabalhadoras(es) e potencialização do vínculo preexistente entre universidade e serviços. O princípio da horizontalidade, nesse caso, parte do reconhecimento que ocupamos diferentes posições, mas evita a hierarquização no vínculo e enfrenta a noção naturalizada de superioridade da academia na produção de conhecimento e formação profissional.

> É tão bonito quando a gente pisa firme
> Nessas linhas que estão nas palmas de nossas mãos
> É tão bonito quando a gente vai à vida
> Nos caminhos onde bate, bem mais forte o coração
> E aprendi…

Os processos de trabalho no Suas ainda seguem uma lógica muito vertical: da gestão com as técnicas; das(os) técnicas com as(os) usuárias(os); e também da própria universidade com os serviços da política pública, que remete a posições de saber e poder historicamente constituídos. Assim, ao questionarmos "quem forma quem", coloca-se uma provocação fundamental para a academia e os serviços, usuárias(os), profissionais, professoras e estudantes.

Compreendemos que a formação é um processo de afetação que (trans)forma todas as pessoas envolvidas, sendo necessário superar as concepções tradicionais da universidade como produtora de conhecimentos e dos serviços como espaços de aplicabilidade. O nosso questionamento parte, portanto, do reconhecimento de que a academia é um dos espaços de produção de conhecimento, mas que não concentra todos os saberes relacionados à atuação. É preciso reconhecer que a prática no cotidiano dos serviços também produz o novo.

Nesse sentido, todas as ações desenvolvidas ao longo desse projeto estiveram direcionadas à valorização da construção coletiva e colaborativa. O conhecimento acadêmico e o conhecimento advindo da prática nos serviços são complementares e devem ser indissociáveis se o objetivo é entender o que é o Suas, seus desafios e suas potencialidades de transformação da realidade social.

Considerando o contexto de pandemia em que esse projeto foi planejado e executado, os desafios foram inúmeros e atravessaram a equipe e as(os) participantes. Como exemplo, citamos o uso de plataformas digitais e as dificuldades associadas (instabilidade de internet, dificuldades com manejo dos recursos digitais etc.), impossibilidade da presença física, questões relacionadas ao trabalho, questões pessoais, entre outras.

Em meio a um cenário tão desafiador, esse projeto se sustentou pelos vínculos de cuidado constituídos e pelo princípio da função social da universidade. É preciso considerar que o modo como a pandemia atingiu as pessoas em situação de vulnerabilidade foi muito mais brutal do que outras camadas da população. As(os) usuárias do Suas vivenciam esse momento de forma particularmente difícil, o que impõe inúmeros desafios às(aos) trabalhadoras(es) que prestam atendimento a essa população. Ao propor um projeto como esse, a universidade chega até essas(es) usuárias(os) por meio das(os) profissionais e, no limite de suas possibilidades, pode contribuir para que recebam o melhor atendimento possível para a garantia de seus direitos, dentro da realidade e condição de cada serviço.

Sobre os frutos dessa experiência para a UFRB, destacamos o fortalecimento do tripé ensino-pesquisa-extensão no campo da formação em psicologia para atuar na política pública de assistência social. Nesse sentido, o projeto de extensão "Quem

forma quem?" se articula com o componente optativo "Tópicos Especiais em Psicologia Social I – Psicologia na Assistência Social", ofertado no calendário suplementar 2020/2023, e com um projeto de pesquisa em desenvolvimento nessa área, expressando, em ato, a indissociabilidade entre ensino-pesquisa-extensão.

Quando consideramos a importância das políticas públicas para o povo brasileiro e, em especial, da política de assistência social, é preciso destacar a contribuição da psicologia para o desenvolvimento e fortalecimento de tais políticas na defesa e garantia de direitos humanos para todos e todas. Trata-se de uma reflexão histórica sobre o compromisso social dessa ciência e profissão, sendo fundamental que a universidade se comprometa em constituir espaços formativos que proporcionem às(aos) estudantes o contato com essa política pública e experiências de ensino, pesquisa e extensão que estimulem a construção de condições técnicas, éticas e políticas para uma atuação qualificada da psicologia no Suas.

Referências

AIRES, S. P. Respiro e suspiro: rodas de cuidado em tempos de pandemia. *In*: CELEBRAÇÃO AO DIA DA(O) PSICÓLOGA(O), 2020, Salvador. *Anais* [...]. Salvador: Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, 2020.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. *Política Nacional de Assistência Social (PNAS) e Norma Operacional Básica (NOB/SUAS)*. Brasília, DF: MDS, 2005.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. *Norma Operacional Básica de Recursos Humanos do Sistema Único de Assistência Social (NOB-RH/SUAS)*. Brasília, DF: MDS, 2006.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. *Política Nacional de Educação Permanente do SUAS*. Brasília, DF: MDS, 2013.

BRASIL. Decreto nº 10.282, de 20 de março de 2020. Regulamenta a Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, para definir os serviços públicos e as atividades essenciais. *Diário Oficial da União*: Brasília, DF, 2020a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/decreto/D10282.htm. Acesso em: 4 jan. 2021.

BRASIL. Ministério da Cidadania. Portaria nº 337, de 24 de março de 2020. Dispõe acerca de medidas para o enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus, covid-19, no âmbito do Sistema Único de Assistência Social. *Diário Oficial da União*: Brasília, DF, 2020b. Disponível em: http://blog.mds.gov.br/redesuas/portaria-no-337-de-24-de-marco-de-2020/. Acesso em: 7 jan. 2021.

BRASIL. Ministério da Cidadania. Portaria nº 100, de 14 de julho de 2020. Aprova as recomendações para o funcionamento da rede socioassistencial de Proteção Social Básica – PSB e de Proteção Social Especial – PSE de Média Complexidade do Sistema Único de Assistência Social – SUAS, de modo a assegurar a manutenção da oferta do atendimento à população nos diferentes cenários epidemiológicos da pandemia causada pelo novo Coronavírus – covid-19. *Diário Oficial da União*: Brasília, DF, 16 dez. 2020c. Disponível em: https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-100-de-14-de-julho-de-2020-267031342. Acesso em: 7 jan. 2021.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas. *Referência técnica para a atuação do(a) psicólogo(a) no Cras/Suas*. Brasília, DF: CFP, 2007.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas. *Referências técnicas para prática de psicólogas(os) no Centro de Referência Especializado da Assistência Social – Creas*. Brasília, DF: CFP, 2012.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. *Resolução CFP nº 035/2015*. Institui a Comissão Nacional de Psicologia na Assistência Social (CONPAS) no âmbito do Conselho Federal de Psicologia. Brasília, DF: CFP, 2015.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. Resolução CFP nº 4, de 26 de março de 2020. Dispõe sobre regulamentação de serviços psicológicos prestados por meio de Tecnologia da Informação e da Comunicação durante a pandemia do covid-19. *Diário Oficial da União*: Brasília, DF, 30 mar. 2020. Disponível em: https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/resolucao-n-4-de-26-de-marco-de-2020-250189333. Acesso em: 11 jan. 2021.

CORDEIRO, M. P.; CURADO, J. C. Psicologia na assistência social: um campo em formação. *Psicologia & Sociedade*, Belo Horizonte, v. 29, 2017. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822017000100248&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 8 jan. 2021.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Estimativas da população residente para os municípios e para as unidades da federação brasileiros com data de referência em 1º de julho de 2020*. Rio de Janeiro: IBGE, 2020. Disponível em: https://ftp.ibge.gov.br/Estimativas_de_Populacao/Estimativas_2020/estimativa_dou_2020.pdf. Acesso em: 20 jan. 2021.

MOTTA, R. F.; SCARPARO, H. B. K. A psicologia na assistência social: transitar, travessia. *Psicologia & Sociedade*, Belo Horizonte, v. 25, n. 1, p. 230-239, 2013. Disponível em: https://www.redalyc.org/pdf/3093/309326455024.pdf. Acesso em: 4 jan. 2021.

BETWEEN GEORGE FLOYD AND AMAZONAS OR WHEN THE AIR BECAME HUMAN RIGHTS

FERNANDA BLANCO VIDAL

02-26-21

I remember one day,
In my childhood, when I joked with my cousins about the fact that we had to pay for everything
And so maybe one day we might be charged for the air we breathe.

I laughed with them then because I was small, innocent and also right.
It is not possible to sell air.

But here we are
In lines waiting for oxygen tanks,
Lying on the ground, begging for air
Holding our breaths while something so essential
Became a luxury.

I.

It has been about breathing,
For a long time, it has been about breathing.
But was only during the 2020 election that I realized how bad it was.

I was holding my breath for a while, maybe since Trump was elected, but it was in 2020 that it got worse.
I hadn't really payed attention to how I was breathing but it was during that time that I noticed something.
It was like I was breathing in tiny spams,
holding my breath like I was about to dive in a deep and scary ocean.
It was only when Trump lost the election that I began to breathe more freely, and felt the air coming back to my lungs.
What a weird feeling: so much air!

The truth is that air has become a problem,
in this crazy politics of suffocation.

II

The pandemic was one of the first alerts,
And it probably gave me a new lens to think through retrospectively.
When I first learned about the pandemic, it sounded serious, but too dystopian to be real.
My work deadlines were the same, and life was pretty much normal.
But soon, the problem was here, nearby me and us,
and suddenly other people's air was not safe anymore.
My air was not safe to others, either.
And we all
needed distance.
We all must use masks,
isolate ourselves,
protect one another from the unsafe, dangerous, contaminated air that we might share between us.

More than that, we should all suspect one another,
Judge one another in case of our masks were not perfectly placed
The air became a check list to gauge how informed we are,
how much we believe in science,
how much we care for each other.
We examined each other behavior closely, rigorously and millimeter*(ically)*
Because air itself became untrustworthy, and people as well.

Finally,
the lack of air became the scariest idea,
and a constant idea in our minds,
because COVID was killing people by taking their air,
or their ability to breathe.

In millions of cases,
doctors, medicine, good care or ventilators
Could not ensure life.

Indeed, life is all about air.

III

Soon people were transformed into numbers,
Friends and families were portrait in graphics.
Charts were produced to measure the disaster,
And each dot in those charts represented one person:
a singular, full of life, full of air, person.

At some point, the numbers were unintelligible,
And there was no way to mourn
Or mourn together the collective loss.
Because we must not breathe and cry together.
The air that was unsafe. And us, to one another.

IV

And life was going on,
While we pretended (or try) that everything was fine,
Dealing with the same unfairness we are used to,
when there he was,
laying on the ground,
pressed beneath a racist knee,
asking to breathe.

Holding our breathes
watching that obscene murder,
we saw George Floyd imploring for his life,
asking to breathe,
the most ordinary and fundamental human right.

And
We took to the streets,
Because we needed to chant.
Because when violence happens
We need lots of air
We need air in our lungs to face racism,
police brutality, the sense of uncertainty,
and the physical separation from our loved ones.
We needed a break,
breaking something
getting some air.
That air that gives us energy and open our hearts to cry our *dores*

V

Time passed,
We tried to survive.

Every single day.

And when Trump lost the election,
I realized much I had been holding my breath.
For a couple days,
I breathed.
And I saw so many relieved people breathing outside collectively.

But that did not last.
Soon I was back again to my short breath.

Because…

Because my mind was full of longing and questions:
Am I going to have a job? Am I going to be able to renew my visa? Am I going to see my family in person after five years without their warm Brazilian hugs? Is my dad doing well? And what if he dies
…
Better not to think about it
Better not to breathe excessively when those thoughts are coming.
…

VI

Exhausted from breathing so constrainedly,
I continue to follow what was going on,
Reading the news from here, from there,
and a little bit from everywhere,
And then,
I could not breathe again.

It was people in Amazonas,
On a place full of forest and oxygen,
That people started to die without oxygen,
Asphyxiated.
They were dying
Not because there were no ventilators,
But because there was not enough oxygen.
The images were heartbreaking,

People were dying without oxygen,
Families waiting in lines holding the most precious thing they could have in that moment: Oxygen tanks
To give air to their beloved ones.
Just like that,
the simple air we all need was in short supply.
and I started to think about how much air I have.

Can you imagine that?
Can you imagine watching people in line for oxygen?
Not lines for milk,
Not lines for bread,
Not lines for water,
Lines for air.

VII

How can I work and breathe properly/normally while all of these things are happening?
How can I finish this paper I am supposed to write?
Or write a thoughtful email?
How can I smile or be professional?
How can I sleep?
Off course sometimes I practice actively some level of alienation.
I do it as much as I can
Otherwise,
I couldn't even get up
But my breath enacts/embodies these losses,
I feel the bitter taste of unfairness, injustice, but also because of these unnecessary deaths
And I begin to breathe in tiny spasms….
Because how can I breathe?

And here I am
A person who studies environmental issues,
Reading endless articles for one more exam on my way to a Ph.D,
The topic now is climate change.
Yes, that's the truth, I am reading and studying
About air
About atmosphere,
About how we are changing the air
So rapidly
that the ice is melting, and the forests are burning
and the climate
is changing.

The air,
Is
Becoming scarce,
Scarc
Scar
Sca
Sc
S.
Scars.

VIII

To be honest,
I am trying to breathe better
because I was told that we can control anxiety, depression, sadness
Basically, by breathing properly.

But so far, it is not working,
Because now it becomes clear to me that air is not everywhere to everyone,
Air is now a sign of inequality,
A commodity,
Something not available for all,
Which means,
We should add it to our list of struggles.

IX

Hope:
Be able to learn how to breathe.
Hope:
We all can catch some air.
So we can fight back.
Otherwise …
Actually,
I do not think we can afford other(wise)s.

APRESENTAÇÃO DOS(AS) AUTORES(AS)

Adriana Freire Pereira Férriz

Graduada em Serviço Social (2001) pela Universidade Estadual da Paraíba (UEPB). Mestra em Sociologia Rural pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB, 2004). Doutora em Sociologia (2012) pela UFPB. Atualmente, é professora adjunta no Instituto de Psicologia, no curso de Serviço Social e do Programa de Pós-Graduação da Universidade Federal da Bahia (UFBA). Pesquisadora do Grupo de Estudos e Pesquisas sobre Serviço Social na área da Educação (Gepesse/UFBA).
E-mail: adriana.ferriz@ufba.br.

Allann Carneiro

Graduado em Psicologia pela Universidade Federal da Bahia (UFBA, 2006). Pós-Graduado em Saúde Mental pelo Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Universidade do Estado da Bahia (Uneb, 2008). Atuante do Movimento de Luta Antimanicomial do estado. Ex-tutor do Núcleo de Saúde Mental do Programa de Residência da Uneb. Servidor da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (Sesab) atuando na Emergência do Hospital Geral do Estado da Bahia. Experiência em Caps II e Caps AD III. Servidor da Secretaria Municipal de Saúde de Salvador atuando na Coordenação das Redes de Atenção Psicossocial como Apoiador de Gestão (2013-2015). Coordenador da Rede de Atenção Psicossocial do Município de Salvador desde setembro de 2017.
E-mail: allannc@hotmail.com.

Amanda Vanessa Leite Sousa

Graduanda no curso de Serviço Social pela Universidade Federal da Bahia (UFBA). Bolsista de iniciação científica financiada pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). Membro do Grupo de Estudos e Pesquisas sobre o Serviço Social na Área da Educação (Gepesse/UFBA).
E-mail: amandav.leites@gmail.com.

Amanda Magalhães Souza

Especialista em Atenção Integral ao Consumo e Consumidores de Substâncias Psicoativas (2016). Atua no Consultório de Rua (2021). Graduada em Psicologia pelo Centro Universitário Jorge Amado.
E-mail: amsouza.psic@gmail.com.

Ana Carolina Cerqueira Medrado

Doutoranda no Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal da Bahia (UFBA). Graduada em Psicologia pela Universidade Salvador (Unifacs). Especialização em saúde mental na modalidade Residência Multiprofissional em Saúde pela Universidade do Estado da Bahia (Uneb). Mestra pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde, Ambiente e Trabalho pela Faculdade de Medicina da UFBA.
E-mail: accm100@yahoo.com.br.

Ana Marta Lobosque

Psiquiatra, militante da luta antimanicomial, protagonista da implantação da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Formou-se em Medicina pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), fez Residência em Psiquiatria no Instituto Raul Soares, da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG), e doutorado em Filosofia na UFMG. Trabalhou como psiquiatra no Hospital Galba Velloso e como preceptora da Residência em Psiquiatria do Instituto Raul Soares. Participou da criação da Rede de Saúde Mental do município, no início da década de 1990, atuando em alguns de seus Centros de Referência em Saúde Mental (Cersams) e também na atenção básica. Foi coordenadora do Grupo de Produção Temática em Saúde Mental da Escola de Saúde Pública de Minas Gerais (ESP-MG) e de sua Residência Multiprofissional em Saúde Mental. Atua no Centro de Referência em Saúde Mental da Criança e do Adolescente (Cersami) Nordeste, da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, e representa o segmento dos trabalhadores na Comissão Municipal de Reforma Psiquiátrica.
E-mail: lobosqueanamarta@gmail.com.

Arthur Chioro

Graduado em Medicina pela Fundação Educacional Serra dos Órgãos (1986), com Residência em Medicina Preventiva e Social pela Universidade Federal Paulista

"Júlio de Mesquita Filho" (Unesp, 1988). Mestre em Saúde Coletiva pela Unicamp (2001). Doutor em Ciências pelo Programa de Saúde Coletiva da Universidade Federal de São Paulo, 2011). Professor adjunto C-III do Departamento de Medicina Preventiva da Escola Paulista de Medicina/Unifesp (área Política, Planejamento e Gestão em Saúde). Orientador permanente (mestrado e doutorado) e coordenador da Área de Política, Planejamento e Gestão em Saúde do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da EPM/Unifesp. Foi secretário municipal de saúde de São Vicente-SP (1993-1996) e de São Bernardo do Campo-SP (2009-2014). Foi presidente do Conselho de Secretários Municipais de Saúde do Estado de São Paulo (Cosems-SP). Foi Diretor do Departamento de Atenção Especializada do Ministério da Saúde (2003-2005) e Ministro de Estado da Saúde (2014-2015).
E-mail: arthur.chiorosbc@gmail.com

Bianca Araújo dos Santos

Graduação em Psicologia pela Universidade Federal da Bahia (UFBA, 2020). Experiência com a clínica psicossocial (intensificação de cuidados) em contextos de vulnerabilidades, populações em situação de rua e usos de Substâncias Psicoativas.
E-mail: bas.araujo@hotmail.com.

Carolina Pinheiro Moreira

Graduação em Psicologia pela Universidade Federal do Ceará (UFC, 2009). Especialização em Saúde Coletiva pela Residência Multiprofissional de Saúde Coletiva com área de concentração em Saúde Mental no Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (ISC/UFBA) (2012). Mestrado em Saúde Coletiva pelo Instituto de Saúde Coletiva (ISC/UFBA). Psicóloga de um Centro de Atenção Psicossocial para Infância e Adolescência (CAPSia Liberdade) e psicóloga clínica.
E-mail: carollpinheiro@hotmail.com.

Clafylla Luiza Cruz de Oliveira

Graduação em Psicologia pela Faculdade Anísio Teixeira (2016). Tem experiência na assistência pelo Sistema Único de Saúde (SUS) em Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB). Mestranda no Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal da Bahia (UFBA).
E-mail: clafylla@gmail.com.

Claudilene Gallina

Estudante do Bacharelado Interdisciplinar em Humanidades na Universidade Federal do Sul da Bahia (UFSB). Participa de projetos de pesquisa nas áreas de Direito Social, Psicologia e Educação.
E-mail: kakau_gallina@hotmail.com.

Danilo Conceição de Carvalho

Psicólogo pela Faculdade São Bento da Bahia (2014). Especialista em Saúde da Família na modalidade Residência Multiprofissional pela Escola Estadual de Saúde Pública da Bahia (EESP-BA, 2017). Especialista em Gestão de Redes de Atenção à Saúde pela Escola Nacional de Saúde Pública – ENSP/Fiocruz (2018). Mestrando pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal da Bahia (UFBA) e psicólogo efetivo do Centro de Atenção Psicossocial de Catu (BA).
E-mail: daniloconceicao@gmail.com.

Denise Coutinho

Professora associada IV do Instituto de Psicologia da Universidade Federal da Bahia (UFBA). Realizou estágio de Pós-Doutorado (Bolsa Fapesb) sobre o processo de implantação da Universidade Federal do Sul da Bahia (2013-2014). Doutora em Letras pela UFBA, com Doutorado-Sanduíche em Princeton University. Especialista em tradução francesa. Graduada em Psicologia. Tem formação em psicanálise. Docente Permanente do Programa de Pós-Graduação em Psicologia e colaboradora do Programa de Pós-Graduação em Artes Cênicas, ambos da UFBA.
E-mail: denisecoutinho1@gmail.com.

Elisabete Reis

Psicóloga graduada pela Universidade Federal da Bahia (UFBA). Bacharel em Humanidades com área de concentração em estudos da Subjetividade e do Comportamento Humano. Participa da equipe de psicólogas no Projeto de saúde mental infantil “Brincando em Família”.
E-mail: elisabetereisdaluz@hotmail.com.

Emerson Elias Merhy

Graduado em Medicina pela Universidade de São Paulo (USP, 1973), mestrado em Medicina (Medicina Preventiva) pela Universidade de São Paulo (1983) e doutorado em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Campinas (Unicamp, 1990\0). Livre-docente em Planejamento e Gestão em Saúde, pela Unicamp (2000) e Professor Titular de Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) desde 2012, Campus-Macaé. Professor Doutor *Honoris Causa* da Universidade Nacional de Rosario, Argentina. Professor do Mestrado Profissional em APS da UFRJ. Professor Permanente da Pós-Graduação do Instituto de Psicologia da UFRJ – EICOS. Coordenador dos Grupos de Pesquisa Micropolítica, Cuidado e Saúde Coletiva, e Rede de Observatórios de Políticas Públicas, Educação e Cuidado em Saúde, que se estendem às UFMG, UFF, UNIRIO, UFES, UFPB, USP, Unicamp, UFMS, UERJ, UEL, entre outras.
E-mail: emerhy@gmail.com.

Emiliano de Camargo David

Doutorando em Psicologia Social (PUC-SP / Bolsista CNPq). Mestrado em Psicologia Social pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP). Especialização *Lato Sensu* em Psicopatologia e Saúde Pública (FSP/USP, 2014). Graduação em Psicologia – Bacharelado e Formação de Psicólogo (USJT, 2008). Integrante do Instituto AMMA Psique e Negritude. Membro do Grupo de Trabalho Racismo e Saúde da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco).
E-mail: emilianocamargodavid@yahoo.com.br.

Evelin Fonseca de Sales

Bacharela em Saúde (2019) e graduanda em Psicologia pela Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB). Participa do projetos de extensão: "Psicologia e práticas inclusivas nas salas de recursos multifuncionais" e "Grupo de reflexão online sobre o exercício profissional das/os psicólogas/os no Sistema Único de Assistência Social (SUAS)".
E-mail: evelin_sales@hotmail.com

Fernanda Blanco Vidal

Ph.D. Student, Environmental Psychology The Graduate Center, CUNY. Graduada Psicologia pela Universidade Federal da Bahia (UFBA). Mestra em Ciências Sociais. (UFBA).
E-mail: fblancovidal@gradcenter.cuny.edu.

Fernanda Gloria Colaço

Doutora em Artes Cênicas pelo Programa de Pós-Graduação de Artes Cênicas (PPGAC) da Universidade Federal da Bahia (UFBA, 2016). Mestre em Artes Cênicas pela UFBA (2012). Licenciatura em Artes Cênicas (2003).
E-mail: fgfcolaco@gmail.com.

Fernanda Maia Rebouças

Graduação em Psicologia pela Universidade Federal da Bahia (UFBA). Residência no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade na Universidade Federal de São Carlos (UFSCar). Mestrado no Programa de Mestrado Profissional em Gestão da Clínica UFSCar Psicologia do Núcleo de Apoio à Saúde da Família.
E-mail: nandareboucas27@gmail.com.

Francisco Freire Pereira

Graduando em Psicologia na Universidade Federal da Bahia (UFBA) e em Medicina Tradicional Chinesa pela Associação de Acupuntura (ABA).
E-mail: franxiccofp@gmail.com.

Gabriela Lamego

Professora Adjunta do Instituto de Humanidades, Artes e Ciências Milton Santos (IHAC), Universidade Federal da Bahia (UFBA). Graduação em Psicologia pela Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho" (Unesp, 1996), Especialização em Saúde Coletiva pela Faculdade de Medicina da USP (Universidade de São Paulo, 1998), Mestrado em Saúde Comunitária pelo Instituto de Saúde Coletiva (ISC) da UFBA (2003) e Doutorado em Saúde Pública (2014) pelo Instituto de Saúde Coletiva

da UFBA. Integra os grupos de pesquisa Comunicação, Educação e Saúde do ISC/UFBA, Estudos Interdisciplinares sobre Subjetividade, Relações de Poder e Violência e Educação, Saúde e Desigualdades Sociais na Universidade do Sul da Bahia (UFSB).
E-mail: gabriela.lamego@gmail.com.

Gastão Wagner de Sousa Campos

Graduado em Medicina pela Universidade de Brasília (UnB, 1975), mestrado em Medicina (Medicina Preventiva) pela Universidade de São Paulo (USP, 1986) e doutorado em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Campinas (Unicamp, 1991). Professor titular aposentado da Universidade Estadual de Campinas.
E-mail: gastaowsc68@gmail.com.

Inayara Oliveira de Santana

Psicóloga, mestra e doutora em Psicologia Social pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB), integrante do grupo de pesquisa "A Dimensão Subjetiva da Desigualdade Social: suas diversas expressões". Professora adjunta da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB).
E-mail: inayaraoliveira@ufrb.edu.br.

Jessica Cerqueira de Andrade

Bacharela em Saúde (2019) e graduanda do Bacharelado em Psicologia pela Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB, 2019). Atua no projeto de extensão "Grupo de reflexão online sobre o exercício profissional das/os psicólogas/os no Sistema Único de Assistência Social (SUAS)".
E-mail: Jessica.andradec1@gmail.com.

Joana Paula Pugliese de Mendonça

Graduada em Educação Física pela Universidade Federal da Bahia (UFBA). Especialista em Prescrição do Exercício Físico para Reabilitação Cardíaca e Grupos Especiais, pela Universidade Gama Filho. Especialista em Pilates, pela Corpore Pilates e pela Polestar Physio Pilates. Instrutora de Yoga certificada pelo Yoga Bahia/IEPY.
E-mail: educadorajoanamendonca@gmail.com.

João Batista de Brito Braga Alves

Mestrando no Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal da Bahia (UFBA, 2021). Especialista em Saúde Mental pelo Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Universidade do Estado da Bahia (Uneb, 2019-2021). Psicólogo pela UFBA (2013-2019). Vinculado ao Laboratório de Estudos Vinculares do Instituto de Psicologia (LEV/IPS).
E-mail: psicologojoaobatista.alves@gmail.com.

Juliana Prates Santana

Graduada em Psicologia (2001) pela Universidade Federal da Bahia (UFBA). Mestre em Psicologia do Desenvolvimento pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS, 2003). Doutora em Estudos da Criança (2008) pela Universidade do Minho, Portugal. Atualmente é professora associada do Instituto de Psicologia, na UFBA. Coordenadora do Grupo de Pesquisa Infâncias, Crianças e Contextos (GEIC). Coordenadora dos projetos de extensão permanente "Crianças na UFBA" e "Infância em Cena".
E-mail: juliana.prates@ufba.br.

Laís Flores

Graduação em Psicologia pela Universidade Federal da Bahia (UFBA, 2013) e mestrado em Psicologia do Desenvolvimento pela UFBA (2018). Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Instituto de Psicologia da UFBA. Coordena o projeto de extensão "Adolescência, acolhimento institucional e clínica do desamparo", do IPS/UFBA.
E-mail: lai_flores@hotmail.com.

Larissa dos Santos Fraga

Graduanda de Psicologia pela Universidade Federal da Bahia (UFBA). Bolsista de iniciação científica com bolsa da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia (Fapesb). Membro do Grupo de Estudos Interdisciplinares Infância, Crianças e Contextos (GEIC).
E-mail: larissa.s.fraga@gmail.com.

Leila Grave

Psicóloga no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf) pela Secretaria Municipal de Saúde de Salvador e preceptora de estágio do curso de Psicologia da Universidade Federal da Bahia (UFBA). Graduada em Psicologia pela UFBA. Especialista em Psicologia e Ação Social pela Faculdade São Bento da Bahia. Especialista em Saúde da Família pela Universidade de Brasília (UnB).
E-mail: leilagrave@gmail.com.

Luane Neves Santos

Psicóloga e mestra em Psicologia pela Universidade Federal da Bahia (UFBA). Doutora em Educação: Psicologia da Educação pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP). Integrante do grupo de pesquisa "A Dimensão Subjetiva da Desigualdade Social: suas diversas expressões", membro do GT da ANPEPP "Método e categorias teóricas na pesquisa em Psicologia Sócio-Histórica". Professora adjunta da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB).
E-mail: luaneneves@ufrb.edu.br.

Lucas Vezedek

Graduação em Psicologia pela Universidade Federal da Bahia (UFBA). Integrante do Grupo de Estudos Interdisciplinares Infâncias, Crianças e Contextos (GEIC/UFBA). Atua na Coordenação de Arteducação do Centro Projeto Axé de Defesa e Proteção à Criança e ao Adolescente.
E-mail: lucas.vezedek@hotmail.com.

Luiz Mena

Psicanalista, associado ao Instituto de Psicanálise da Bahia (IPB). Psicólogo formado pela Universidade de São Paulo (USP, 1999). Mestrado em Psicologia Escolar e do Desenvolvimento pela USP (2004). Foi membro da Área Técnica de Saúde Mental da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia, e atuou como docente em cursos de graduação e pós-graduação em diferentes faculdades de Salvador. Foi coordenador do Centro de Atenção Psicossocial para a Infância e Adolescência (CAPSi) Trilha (Barueri, SP), e Supervisor Clínico-Institucional do CAPSi Liberdade (Salvador, BA) pelo Ministério da Saúde. Trabalhou na instituição belga Le Courtil, para crianças e jovens com psicose.
E-mail: lfbmena@gmail.com.

Lumena Almeida Castro Furtado

Psicóloga. Doutorado em Ciências pelo Programa de Pós-Graduação em Clínica Médica da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ, 2016) e mestrado em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (USP, 1995). Secretária Adjunta de Saúde em São Bernardo do Campo (2009-2012), Secretária de Saúde de Mauá (2013) e Secretária Nacional de Atenção à Saúde SAS/MS (2015). Membro do Instituto Silvia Lane. Professora Adjunta da Faculdade de Medicina, Departamento de Medicina Preventiva da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp). É membra do Laboratório de Saúde Coletiva – Lascol da Unifesp e do Grupo de Pesquisa "Laboratório de Saúde Coletiva (Lascol): Política, Planejamento e Gestão em Saúde".
E-mail: lumenafurtado@gmail.com.

Marcelo Magalhães Andrade

Professor Adjunto do Instituto de Psicologia da Universidade Federal da Bahia (UFBA). Tem graduação em Psicologia pela UFBA (1997). Mestre e Doutor em Ciências Sociais pela Universidade Federal da Bahia (2002-2009). Membro do Núcleo de Estudos pela Superação dos Manicômios (NESM). Professor e orientador da Especialização do CETAD/UFBA – Substâncias Psicoativas seus usos e usuários. Criador do Coletivo Balance de Redução de Danos. Membro do Grupo Interdisciplinar de Pesquisa sobre Substâncias Psicoativas (GIESP) da Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas (FFCH) da UFBA.
E-mail: ammpereirapsycho@gmail.com.

Mônica Mendes Gonçalves

Doutoranda na Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (USP). Graduação em Psicologia pela Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho" (Unesp, 2008). Especialização em Psicologia da Saúde na Faculdade de Medicina de Botucatu – Unesp (2011). Mestrado em Ciências pela Faculdade de Saúde Pública da USP.
E-mail: goncalvesmm@hotmail.com.

Mônica Lima

Professora do Instituto de Psicologia da Universidade Federal da Bahia (IP/UFBA). Graduação em Psicologia pela UFBA (1997), Mestrado (2000) e doutorado em Saúde Pública/Coletiva (2005) pelo Instituto de Saúde Coletiva (ISC/UFBA). Pós-Doutorado em Psicologia Social pela Universidad Autónoma de Barcelona (UAB). Coordenadora do Laboratório de Estudos Vinculares em Saúde Mental do IPS/UFBA. Colaboradora do grupo de pesquisa Laicos IAPSE (UAB). Professora permanente da Pós-Graduação em Psicologia (IPS/UFBA).
E-mail: molije@hotmail.com.

Naomar Monteiro de Almeida Filho

Professor Aposentado Titular de Epidemiologia do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (ISC/UFBA). Titular da Cátedra de Educação Básica do Instituto de Estudos Avançados da USP. Coordenador do INCTI Inovação, Tecnologia e Equidade em Saúde – INTEQ-Saúde. Ex-Reitor da UFBA e da UFSB.

Narla Fernandes

Mestranda no Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (ISC/UFBA). Especialista em Saúde da Família (2017-2019) pela Universidade do Estado da Bahia (Uneb) sob a modalidade de Residência Multiprofissional em Saúde. Pós-Graduada em Gestão em Saúde (2015-2016) pela Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (Unilab). Bacharel em Psicologia pela UFBA. Psicóloga do Projeto de Extensão da UFBA "Brincando em Família". Pesquisadora no grupo de pesquisa: Cuidado, Família e Saúde que é vinculado ao MUSA (Programa Integrado que estuda gênero e Saúde do ISC/UFBA).
E-mail: narladenise@hotmail.com.

Natalie Santos Ballón Tedesqui

Psicóloga pela Universidade Federal da Bahia (UFBA, 2020) com experiência de trabalho com populações sociovulneráveis e que fazem uso de substâncias psicoativas. Psicóloga de uma equipe de Consultório na Rua, na Atenção Básica.
E-mail: natalie_sbt@hotmail.com.

Niara Querino

Psicóloga pela Universidade Federal da Bahia (UFBA). Graduada em Bacharelado Interdisciplinar em Humanidades pela UFBA, com área de concentração em Estudos da Subjetividade e do Comportamento Humano. Graduada em Ciências Contábeis pela UFBA. Psicóloga do Projeto de Ensino, Pesquisa e Extensão da UFBA "Brincando em Família".
E-mail: niaraq@yahoo.com.br.

Paulo-de-Tarso de Castro Peixoto

Músico, Pianista e Compositor. Graduado em Musicoterapia (CBM-RJ), graduado em Filosofia (UNIMES-SP), Gestalt-Terapeuta. Mestre e doutor em Psicologia (Universidade Federal Fluminense, Niterói (RJ), Pós-Doutorado em Filosofia (IFCS--UFRJ) e pela Université Paris-Est Cretéil (Paris XII), Pós-Doutorando em Psicologia pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Coordenador da Universidade Livre e do Laboratório de Emoções, Afetos, Sociedade & Subjetividade (LEMAS) da Secretaria Adjunta de Ensino Superior da Secretaria de Educação de Macaé (RJ).
E-mail: paulo.tarso.peixoto@gmail.com.

Rafael Andrés Patiño

Professor Adjunto da Universidade Federal do Sul da Bahia (UFSB). Graduado em Psicologia pela Universidad de Antioquia e Mestre em Psicologia pela Universidad de San Buenaventura (2009), ambos na Colômbia. Doutorado em Psicologia, pela Universidade Federal da Bahia (UFBA, 2013). Pós-Doutorado em Memória Social, como bolsista do PNPD/Capes, no Programa de Pós-Graduação em Memória Social da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO). Professor convidado no Sciences Po Lyon, (Université de Lyon-França) no *Diplôme d'établissement sur l'Amérique latine et les Caraïbes*. Docente da Pós-Graduação em Estado e Sociedade (PPGES) da UFSB e da Pós-Graduação em Psicologia da UFBA. Coordena o Bacharelado Interdisciplinar em Humanidades do Campus Sosígenes Costa (UFSB).
E-mail: rafa.patigno@gmail.com.

Rafael Baquit Campos

Médico psiquiatra, atende em consultório particular. Trabalhou por sete anos consecutivos em Centros de Atenção Psicossocial (Caps) AD, tendo passado pelos municípios cearenses de Iguatu, Fortaleza e Caucaia. Redutor de Danos, membro-fundador do Coletivo Balanceará de Redução de Danos com experiência de trabalho em Redução de Danos em contextos festivos há 12 anos.
E-mail: rafaelbaquit@gmail.com.

Raylane Mendes de Souza

Graduação em Saúde pela Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (2019). Graduanda em Psicologia (UFRB) e especializanda em Psicologia da Família com ênfase em terapia familiar pela Faculdade Adventista da Bahia (FADBA). Integra o Núcleo de Neurociência e Neuropsicologia Cognitiva – NUNNCOG (CCS-UFRB).
E-mail: raylanems@gmail.com.

Suely Aires

Graduação em Psicologia pela Universidade Federal da Bahia (UFBA). Mestrado e doutorado em Filosofia da Psicanálise (bolsista CNPq) pela Universidade Estadual de Campinas (Unicamp). Pós-Doutorado em Estudos Psicanalíticos pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Professora do Mestrado profissional em Psicologia da Saúde (IMS/UFBA) e do Mestrado acadêmico em Psicologia (IPS/UFBA). É professora-tutora na Residência Multiprofissional em Saúde HUPES/UFBA. Participa dos grupos de pesquisa "Filosofia e Psicanálise" e "Psicanálise: clínica, política e cultura" (líder).
E-mail: suely.aires7@gmail.com.

Suely Maria Costa Lôbo

Graduação em Psicologia pela Universidade Federal da Bahia (UFBA, 1993) e Economia pela Universidade Católica do Salvador (UCSal). Mestrado em Políticas Sociais e Cidadania, pela UCSal. Psicóloga estatutária da Prefeitura Municipal de Salvador.
E-mail: suely.lobo0205@gmail.com.

Tatiana Barreto Souza

Assistente Social e administradora. Especialista em Educação, Desenvolvimento e Politicas Educativas, Pós-Graduada em Gestão da Política de Assistência Social e Administração e Planejamento de Projetos Sociais. Prática profissional em saúde coletiva e mobilização comunitária junto a mulheres em situação de violência, crianças, adolescentes e comunidades indígenas. Assistente Social Núcleo Ampliado de Saúde da Família no Município de Porto Seguro/Bahia.
E-mail: tatianabsouza@gmail.com.

Thayná Stelma Barros Rangel

Graduação no Bacharelado em Saúde pela Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB). Graduanda em Psicologia (UFRB).
E-mail: thaynastelma@gmail.com.

Vania Bustamante Dejo

Professora Adjunta do Instituto de Psicologia. Docente colaboradora do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva no Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (ISC/UFBA). Pesquisadora do MUSA no ISC/UFBA. Graduação em Psicologia pela Pontifícia Universidad Católica del Peru (1996) e DEA em Psicanálise pela Universidad Autônoma de Madri (2002), mestrado e doutorado em Saúde Coletiva pela Universidade Federal da Bahia (2005 e 2009). Doutorado-sanduíche no Departamento de Antropologia da London School of Economics. Pós-doutorado no Instituto de Saúde Coletiva. Coordena o Programa “Brincando em Família” da UFBA. Estágio pós-doutoral na Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp.
E-mail: vaniabus@gmail.com.

Vládia Jucá

Psicóloga pela Universidade Federal do Ceará (UFC, 1996), com mestrado em Comunicação e Cultura Contemporânea pela Universidade Federal da Bahia (UFBA, 1999), doutorado em Saúde Coletiva pela UFBA (2003) e pós-doutorado em Teoria Psicanalítica pela Universidade Federal de Minas Gerais (2016). Professora Associada do Departamento de Psicologia da Universidade Federal do Ceará.
E-mail: vladiajuca@gmail.com.

Os capítulos, ensaios e cartas que compõem esta coletânea podem interessar a uma diversidade de leitores(as). Estudantes e profissionais que não tiveram a oportunidade de participar das rodas de conversa certamente poderão identificar-se com os escritos, com experiências e milagres (acontecimentos formidáveis). Aqui vocês encontrarão, além de uma produção de conhecimento submetida ao princípio de indissociabilidade de ensino, pesquisa e extensão, a generosidade interinstitucional – no sentido do pensar junto/fazer com, – expressa em potência, acolhimento, dúvida e algumas sabedorias.

ISBN 978-65-5630-280-5